



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DE INICIADO A PERITO UM PERCURSO A CONSTRUIR NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE

Tânia Gonçalves Pinto

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DE INICIADO A PERITO UM PERCURSO A CONSTRUIR NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE

Tânia Gonçalves Pinto

Maria Filomena Abreu De Sousa

2015



“Quando te empenhas no que estás a fazer,
quando as tuas ações são úteis para ti e
simultaneamente para os outros; quando não
te cansas de procurar a doce satisfação da tua
vida e do teu trabalho...estás a fazer aquilo
para o qual nasceste”

GARY ZUKAV

AGRADECIMENTOS

À Professora Filomena Abreu De Sousa, pela disponibilidade em compartilhar os seus conhecimentos e saberes ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros tutores dos locais de estágio pelo acolhimento, disponibilidade e aconselhamento.

Às crianças e suas famílias que me proporcionaram experiências únicas.

Aos colegas do Curso de Mestrado e a todos que contribuíram com momentos de partilha e reflexão.

À minha amiga Ana Santos, pela cumplicidade e estímulo constante.

À minha família, pelo incentivo nos momentos difíceis e pela compreensão nos momentos de ausência.

LISTA DE ABREVIATURAS

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIAF - Plano de intervenção de apoio à família

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN - recém-nascido

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCEP - Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi realizado o presente relatório que pretende descrever o percurso desenvolvido na Unidade Curricular Estágio.

A parentalidade como comportamento parental alicerçado no melhor interesse da criança é o fio condutor do meu processo de aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem com enfoque na promoção da parentalidade desenvolvi um percurso assente no Modelo de Iniciado a Perito de Patricia Benner.

Partindo da base teórica para a prática de cuidados e reflectindo sobre essa prática, aprofundei conhecimentos sobre a promoção da parentalidade em diferentes contextos, desenvolvi capacidades e habilidades para avaliar o desenvolvimento da criança e para intervir como estratégia de intervenção no apoio à parentalidade.

Com o cumprimento do meu projeto de aprendizagem verifiquei que o enfermeiro especialista dinamiza intervenções centradas no interesse da criança visando um comportamento parental positivo.

Neste percurso de aquisição de competências, prestei cuidados à criança e família nos contextos de prestação de cuidados definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave:

Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Aquisição de Competências, Parentalidade.

ABSTRACT

As part of 4th Master Course in Nursing in Nursing Specialisation of Child Health and Pediatrics, School of Nursing Lisbon, this report aims to describe the route developed in Stage Course.

The parenting as parental behavior based on the best interests of the child, is the thread of my process of acquiring skills as Specialist Nurse in Nursing Health of Children and Youth.

In order to develop skills as Specialist Nurse in Nursing Health of Children and Youth focusing on promoting parenting, i've developed a course based on Patricia Benner's Model: From Novice to Expert.

Starting from the theoretical basis to caring practise and reflecting in this practice, i deepened knowledge about promotion of parenting in different contexts, i developed skills and abilities to evaluate children's development and intervene as an intervention strategy to support the parenting.

With the fulfillment of my learning project i've found that the specialist nurse develops focused interventions in the interest of the child and parents seeking a positive parental behavior.

In this journey of acquiring skills, i've provided care to children and families in the contexts of care defined by the Order of Nurses.

Keywords:

Specialist Nurse, Specialist Nurse in Child Health and Young, Acquisition of Skills, Parenting.

Índice

INTRODUÇÃO	17
1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	19
1.1. Problemática	19
1.2. Aquisição de competências de acordo com Benner	20
1.3. Promoção da Parentalidade como Foco de Enfermagem	24
2. PERCURSO FORMATIVO	33
2.1. Projeto de Estágio	34
2.2. Desenvolvimento do Estágio	36
2.2.1. Integrar novos conhecimentos na área da saúde da criança e do jovem que me permita prestar-lhes cuidados de enfermagem de qualidade	36
2.2.2. Desenvolver capacidades e habilidades para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança em diferentes faixas etárias e situações de saúde/doença	39
2.2.2.1. Realização da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil	40
2.2.3. Adquirir capacidade de compreensão e resolução de problemas de situações de grande complexidade em contextos alargados e multidisciplinares	44
2.2.4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem em situação de saúde e doença	48
2.2.5. Desenvolver capacidades para identificar competências parentais nos diferentes contextos de prestação de cuidados à criança/jovem	52
2.2.6. Desenvolver capacidades na promoção da parentalidade	53
3. TOMAR DECISÕES FUNDAMENTADAS, ATENDENDO ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E ÀS RESPONSABILIDADES SOCIAIS E ÉTICAS	61
4. REFLEXÃO SOBRE O ESTÁGIO	63
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	
Anexo I – Cronograma dos Locais de Estágio	
Anexo II – Guia Orientador das actividades do estágio	
Anexo III – Para uma Parentalidade Positiva	
Anexo IV - Instrumento de observação à identificação das Dimensões do Exercício da Parentalidade	
Anexo V – Questionário	
Anexo VI - Folheto “Cuidados e higiene e conforto do bebé”	

Anexo VII – Apresentação “Cuidados de higiene, conforto e segurança do bebé”

Anexo VIII – Apresentação “A alimentação no primeiro ano de vida”

Anexo IX – Questionários de avaliação das sessões de educação para a saúde

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Belsky: Determinantes da Parentalidade.	27
Figura 2. Modelo ecológico da parentalidade.	28
Figura 3. Dimensões da parentalidade.	38

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório preconizado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A frequência do Curso de Mestrado nasceu da necessidade pessoal em adquirir e desenvolver competências de EEESCJ. Este trabalho final evidencia um percurso de enfermeira generalista a enfermeira especialista com o desenvolvimento das capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação, com especial atenção às questões relacionadas com a problemática da parentalidade.

Da minha experiência profissional e pessoal e pela pesquisa de literatura bibliográfica e leituras que fiz, reconheço a importância dos pais como principais cuidadores da criança para o desenvolvimento do seu potencial, segurança e bem-estar, razão pelo qual optei por me centrar na questão da promoção da parentalidade.

Partindo das minhas necessidades de formativas e tendo como de especial tenção esta temática delineei um Projeto de Estágio no qual defini objectivos, atividades e recursos para desenvolver as competências na prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, resultando este relatório da implementação desse projeto.

De forma a apresentar as atividades desenvolvidas e o trabalho de campo que contribuiu para o meu percurso de desenvolvimento profissional, este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a justificação do tema, no segundo capítulo descrito o percurso formativo, no terceiro capítulo é abordada a tomada decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas e no quarto capítulo é apresentada uma reflexão sobre o estágio.

Neste percurso de aprendizagem baseei-me na evidência científica de forma a enaltecer o carácter científico e rigoroso do qual a ciência da enfermagem deve ser revestida. As competências do EEESCJ definidas pela Ordem do Enfermeiros (OE) são a base de todo o trabalho e linhas norteadoras de todo este percurso.

Como modelo teórico condutor do meu percurso de aprendizagem elegi o modelo que Patricia Benner descreve na sua obra *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. A escolha deste modelo deve-se ao facto de me identificar com o processo descrito pela autora para a aquisição de competências na prática de Enfermagem.

O relatório pretende espelhar o percurso formativo, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, e assim:

- Refletir sobre a Parentalidade, como foco de intervenção nos cuidados de Enfermagem;
- Explicitar e cogitar sobre as atividades delineadas no sentido de atingir os objectivos específicos, promotores de aquisição de competências do EEESCJ;
- Refletir sobre o impacto da experiência no meu processo de aprendizagem pessoal e profissional.

1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

1.1. Problemática

Prestar cuidados de enfermagem a crianças e jovens é um objectivo profissional que por contingências diversas ainda não me foi possível concretizar. Atualmente exerço funções num serviço de adultos, contudo, o meu gosto pela pediatria já existe há um longo tempo e foi fomentada pelas várias experiências académicas durante a licenciatura. Nessa altura abordei de forma muito ligeira a questão da parentalidade e agora senti necessidade de aprofundar de forma mais rigorosa e científica a temática.

Partindo do diagnóstico das minhas necessidades de formação e na procura de adquirir e desenvolver competências que me permitisse prestar cuidados de enfermagem especializados à Criança e ao Jovem, delineei um Projeto de Estágio, no decorrer da unidade curricular Opção II, definido objetivos, atividades a desenvolver e recursos para mobilizar durante o Estágio com Relatório, concretizado no 3º semestre e do qual este relatório dá conta.

Apostar na formação, na aquisição e no desenvolvimento de competências de modo a garantir qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem, tal como é referido pela OE (2006, p.3) citando a UNESCO (1976) implica que “o enfermeiro educa-se... desenvolve as suas aptidões, conhecimentos, melhora as suas qualificações técnicas e profissionais...em espaços que prologam a formação inicial”.

De acordo com a OE (2009), citando Perrenoud (2000) e Le Botert (2002), competência é um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão e mobilizam os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta. Entende-se competência como a capacidade de mobilizar, integrar e orquestrar os diversos recursos cognitivos (saberes, saber-fazer e atitudes) para fazer face a situações singulares.

Para ser competente, a pessoa, neste caso, o enfermeiro tem de saber combinar e mobilizar um conjunto de recursos pertinentes - conhecimentos, saberes fazer, qualidades, rede de recursos. O enfermeiro deverá ser capaz de

conciliar e dinamizar não só os seus próprios recursos (conhecimentos, saber-fazer, qualidades, cultura, experiência...) mas também recursos do seu meio: redes profissionais, redes documentais, bancos de dados, manuais de procedimentos. O enfermeiro age com competência através de três dimensões: a da prática/ação, a dos recursos disponíveis e a da reflexividade (Le Boterf, 2004). Ao possuir uma postura mais científica e investir na consolidação de conhecimentos, o enfermeiro reforça a sua autonomia profissional.

Tal como refere Figueira (2004, p.20), a competência é um valor a respeitar na relação profissional, “um comportamento, a relação da sua conduta, a orientação dos seus gestos quotidianos e o funcionamento de um desempenho ético”. Indo ao encontro com o que é descrito por Le Boterf, Pires também define competências como “capacidades de pôr em prática numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e atitudes, que podem ser decomponíveis em ser (ou estar), saber, saber-fazer (...)” (Pires, 1994, p.5)

A aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos. Os processos que intervêm na aquisição de competências são a formação inicial e contínua de competências, o processo de construção e evolução enquanto enfermeiro e o processo de reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral. Como cada ser humano é um ser único e inigualável, a aquisição de competências depende do modo como cada pessoa vivência estes processos.

Através da aquisição de competências ao longo da vida profissional, espera-se que o Enfermeiro Especialista possua “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2009:10).

1.2. Aquisição de competências de acordo com Benner

Tal como referi anteriormente modelo de aquisição de competências de Patricia Benner serviu de alicerce durante o meu percurso formativo. Face à minha condição de enfermeira que cuida de adultos e à problemática em

estudo o modelo de Benner enquadra-se harmoniosamente no meu trabalho e permite-me a sustentação das afirmações de mudança de comportamento ou aquisição de competências. Benner (2001), através do seu trabalho “*De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*”, estudou a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, examinou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. Esta autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças em três aspetos, o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação e o terceiro aspeto é a passagem de mero observador a executante envolvido. Este é um processo dinâmico aprimorado e aprofundado com a experiência.

Tendo em conta o que refere Benner (2001), a aquisição de competências faz-se seguindo uma lógica que a autora organizou por estádios que serão descritos a seguir. No estádio 1, o iniciado não tem nenhuma experiência das situações com que é confrontado na prática. Os conhecimentos, os princípios e as normas de atuação resultam do seu percurso estudantil. Tem dificuldade em se integrar, cumpre normas e centra-se nas regras, não conseguindo estabelecer prioridades. Age independentemente do contexto.

No estádio 2, o iniciado avançado possui um comportamento considerado de aceitável uma vez que já foi confrontado com situações reais, das quais identifica fatores significativos das experiências pela repetição, embora faça uma leitura parcelar do meio onde escapam pormenores. Tem dificuldade em dar prioridades.

No estágio 3, o enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. As suas intervenções são desenvolvidas de acordo com os objetivos que pretende atingir a medio e longo prazo. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. No entanto ainda não desenvolveu a flexibilidade e a velocidade de decisão e ação que certas situações exigem.

No estágio 4, o proficiente percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e as suas ações são guiadas por máximas. O enfermeiro proficiente pela sua experiência tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, quais os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação. Esta compreensão melhora o seu processo de decisão. No entanto, perante uma situação mais complexa ou nova este não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos.

No estágio 5, o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação no seu todo, de forma global. Não se rege por protocolos, regras, máximas ou diretrizes. Focaliza-se no aspeto predominante do problema em detrimento de aspetos menos relevantes. É um profissional flexível e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/ação. Reconhecer o enfermeiro perito não é difícil pela sua postura ou forma de gerir situações complexas de maneira notável. O reconhecimento é visível pelos outros profissionais e pelos doentes. Para Benner (2001, p.58) o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Benner, Sutphen, Leonard-Kahn, & Day (2008) preconizam três estádios para a construção da aprendizagem na enfermagem, em que o primeiro estadio é designado por aprendizagem cognitiva, ou seja, a base do

conhecimento teórico necessária para a prática; o segundo estadio diz respeito ao conhecimento proveniente da prática, *know-how*, e o terceiro estadio implica o “comportamento ético” com estabelecimento das responsabilidades, preocupações e compromissos da profissão.

Ou seja, Benner (2001) menciona que no processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática (*know-how*) nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo) sem descurar o comportamento ético.

Indo ao encontro do que é alvitrado por Benner, Sutpnhen, Leonard-Kahn, & Day, posso asseverar que a construção das minhas aprendizagens foi realizada de acordo com os estadios preconizados por estes autores.

Kolb (1984, p.35) citado por Alarcão (2001, p.56), refere que a aprendizagem experiencial é um “processo transformador da experiência no decorrer do qual se dá a construção de um saber” e envolve quatro fases, a experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstractos e generalizados e a experiência ativa desses conhecimentos em situações novas. Para Tavares e Alarcão (1985), a aprendizagem é uma construção pessoal que resulta de um processo experiencial interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento. Este processo pode se desenrolar num período de tempo que pode ser mais ou menos longo estando dependente da motivação e compreensão do individuo na experiência vivenciada. A aprendizagem é um processo dinâmico de interação, no qual o comportamento e a experiência da pessoa desempenham um papel crucial. De acordo com Guilbert (1997), este processo gera uma mudança relativamente à maneira de pensar, sentir e agir do individuo. A aprendizagem leva a pessoa a adquirir, reter e ser capaz de usar conhecimentos. Desenvolve capacidades de compreensão, análise, síntese e avaliação com a prática. Logo, o ser humano adota atitudes e mudanças de comportamento com uma abertura de espírito e confiança em si próprio facilitadora à descoberta.

1.3. Promoção da Parentalidade como Foco de Enfermagem

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) - Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro

“o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2012, p.15).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, a acção do EEESCJ, tem como focos de intervenção

“a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (OE, 2013, p.11).

Enquadrado nas funções do EEESCJ, de acordo com a OE (2009, p.21) o enfermeiro “(...) implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)”, daí abordar o papel parental que demonstra a importância dos pais como principais cuidados da criança nos diversos focos de intervenção, sendo o enfoque transversal ao longo deste trabalho.

Segundo Pires (2001), a parentalidade é um desafio difícil e complexo e também um dos mais importantes da comunidade humana. Enquanto adultos, ao longo da vida somos confrontados por um conjunto de mudanças significativas, tal como saída de casa dos pais, início da partilha da vida com outra pessoa, o primeiro emprego. Mas de todas as transições uma das que se destaca mais é o momento em que nos transformamos em pais ou em mães. Transmite um sentido de continuidade e responde a uma expectativa social relacionada com os papéis da idade adulta.

Para Cruz (2013) a transição para a parentalidade tem uma especificidade, é a sua irreversibilidade, tornando-se numa condição permanente e em constante mutação. Para este autor a parentalidade é um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto

dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, socorrendo-se aos recursos na família e na comunidade. Segundo Zigler (1995) citado por Cruz a parentalidade é encarada como “a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta” (Cruz, 2013, p.14).

De acordo com Barroso e Machado (2011), parentalidade é definida por alguns autores como sendo o conjunto de “atividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança” (Hoghugh, 2004, p. 5), num ambiente seguro (Reader, Duncan, e Lucey, 2005), de modo a socializar a criança e atingir o objetivo de torna-la progressivamente mais autónoma (Maccoby, 2000).

A parentalidade está definida pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2 como

tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (OE, 2011, p.66)

Bornstein (2002) refere que apesar das discórdias em relação aos efeitos da parentalidade na criança, esta é a tarefa principal dos pais, de modo a preparar os filhos para as situações físicas, económicas e psicossociais com que se irão confrontar ao longo do seu ciclo de desenvolvimento.

De forma a compreender melhor este fenómeno, é necessário referir as funções e os papéis desempenhados pelos pais. Cruz (2013) definiu cinco funções da parentalidade. A primeira função diz respeito à satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e saúde. Esta não é consumada em casos de catástrofe ou negligência por vezes associada a problemáticas psicopatológicas. A segunda função relaciona-se com o disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, com espaços, objetos e tempos que criem rotinas. Estes estímulos evidenciam-se em ambientes familiares estimulantes, contrariamente às famílias desestruturadas, ou com dificuldade em lidar com situações de stress. Dar resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares é a terceira função da parentalidade. Nesta função espera-se que os pais sejam os mediadores, apresentadores e intérpretes do mundo exterior face à criança. Em famílias

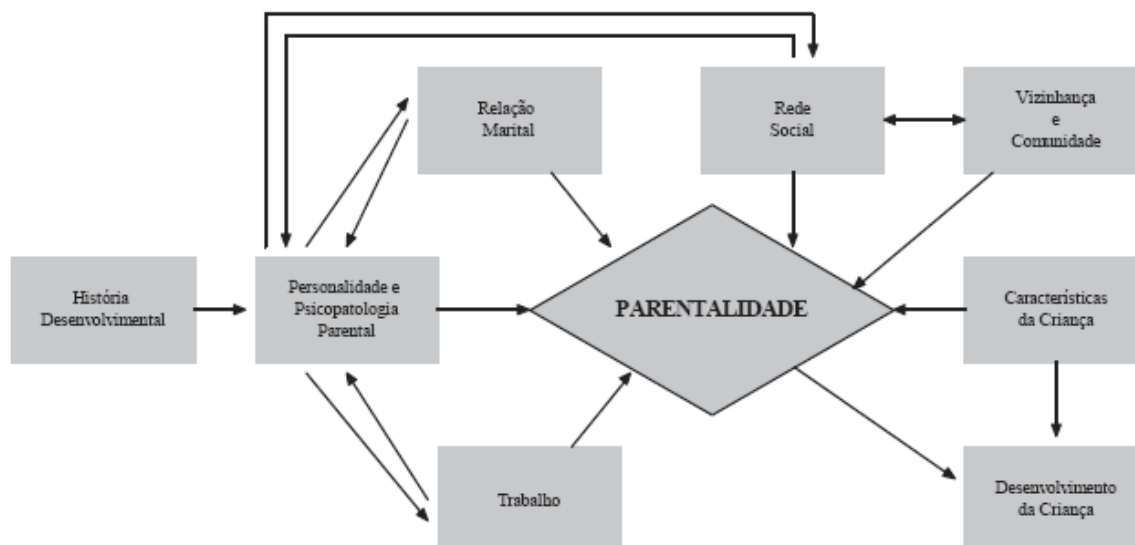
muito isoladas a criança não entra em contacto, não conhece nem interage com o mundo físico e social que a rodeia. A quarta função relaciona-se com a satisfação das necessidades de afeto, confiança e segurança, traduzida pela construção de relações de vinculação. Quanto maior o vínculo criado melhor será a adaptação ao longo do trajeto do desenvolvimento. Por último, a quinta função consiste em satisfazer as necessidades de interação social da criança e a sua integração na comunidade. É no seio da família que a criança começa a socializar e envolver-se num contexto com valores e normas de funcionamento entre os seus elementos que posteriormente irá transpor para outros contextos sociais.

Relativamente aos papéis dos pais, Cruz (2013) citando Parke e Buriel (1998) faz referência ao modelo tripartido. O primeiro papel dos pais é serem os parceiros de interação nas situações do quotidiano, quer em situações de afeto positivo, negativo ou neutro. Quer isto dizer, em situações de interações lúdicas em que o afeto é positivo, em situações de interações disciplinares em que o afeto é negativo ou em situações de rotina em que o afeto é mais neutro. De seguida os autores retratam os pais como instrutores diretos tendo um papel didático, face a situações de carácter cognitivo, como em situações de resolução de problemas em contextos sociais. Por último, o terceiro papel atribuído aos pais prende-se com a preparação e disponibilização de oportunidades de estímulo e aprendizagem em contextos extrafamiliares. O exercício deste tipo de papel premeia a organização da rotina da criança, a frequência das atividades extracurriculares, a criação de oportunidade de aceder a outros grupos de pares, entre outras.

Contudo, o funcionamento parental não é desenvolvido de igual forma pelos indivíduos. Para Barroso e Machado (2011), existem múltiplos determinantes do comportamento dos pais, entre as quais características individuais, históricas e sociais que influenciam o funcionamento parental. Tendo por base o modelo socio-contextual da parentalidade de Belsky (1984) e Belsky e Vondra (1989), representado na Figura 1, podemos afirmar que a parentalidade é influenciada por três determinantes sendo eles as características individuais dos pais (personalidade e psicopatologia), as características individuais da criança (temperamento) e por fatores do contexto

social alargado, onde a relação pais-criança é estabelecida (relações maritais, ocupação profissional, redes de suporte social).

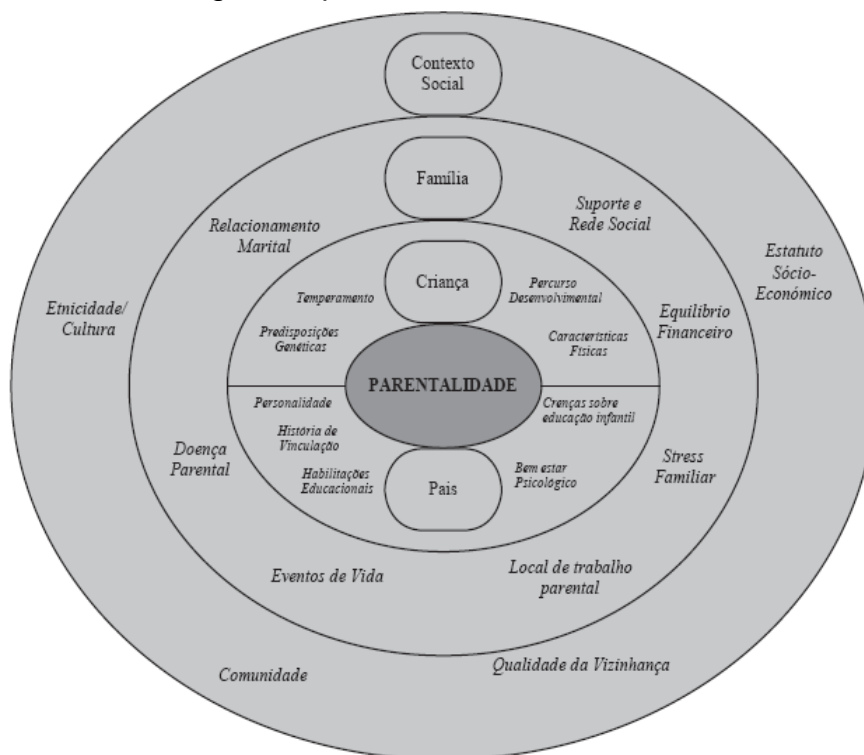
Figura 1. Modelo de Belsky: Determinantes da Parentalidade.



Fonte: Barroso e Machado (2011), adaptado de Belsky (1984), Belsky e Vondra (1989) e Belsky e Jafée (2006).

O modelo ecológico da parentalidade, descrito por Luster e Okagaki (1993,2005), Figura 2 aborda os determinantes da parentalidade numa perspectiva mais abrangente e “permite uma melhor análise e enquadramento do contexto social na parentalidade, em particular ao nível da contextualização das crenças e heranças culturais nos comportamentos parentais” (Barroso e Machado, 2011, p.224).

Figura 2. Modelo ecológico da parentalidade.



Fonte: Barroso e Machado (2011), adaptado de Kotchick e Forehand (2002) e Luster e Okagaki (2005).

Outro autor que teve em consideração, no sentido de determinar as capacidades e competências parentais para efeitos de investigação e avaliar as práticas parentais foi Hoghughi (2004), que preconiza a existência de onze dimensões da parentalidade. Tendo por base o modelo de Hoghughi, sistematizei um instrumento de observação de forma a concretizar este objetivo e assim, avaliar o desenvolvimento da parentalidade.

Em Estrasburgo, no ano de 2006 foi realizada a Conferência Changes in parenting: Children Today, Parents Tomorrow em que o Council of Europe (2008) reuniu consensos sobre as funções parentais e o que está subjacente ao funcionamento familiar, como as funções conjugais, pessoais, profissionais por parte de ambos os elementos do casal, a qualidade da relação pais/filhos, a importância de um ambiente harmonioso, estável e positivo onde pais e filhos possam ser amados e reconhecidos. Tal como a Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas preconiza, foi reconhecida a necessidade de uma nova atitude no relacionamento dos pais com os seus filhos, novas exigências no exercício das responsabilidades parentais, uma atitude que reconheça a

criança como pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture, responsabilize e valorize, ajudando-a adquirir autoestima e autoconfiança, promovendo o seu bem-estar e desenvolvimento harmonioso.

Complementando o conceito de parentalidade, o Council of Europe (2008) definiu parentalidade positiva como

um comportamento parental fundado no respeito pelos direitos da criança que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas através da proteção dos riscos e a criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia. (Council of Europe, 2008, p.144)

O Council of Europe (2008) definiu um conjunto de princípios para uma parentalidade positiva que se traduzem em políticas e medidas de apoio à parentalidade que visam o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e deveres, na otimização do desenvolvimento da criança. As recomendações para uma parentalidade positiva deste conselho também são um excelente fio condutor para o desenvolvimento das minhas atividades. As recomendações referem-se ao *compromisso* - os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças. É imprescindível que pai e mãe, no exercício ativo de uma parentalidade positiva, desenvolvam uma rotina diária da interação focalizada em cada um dos seus filhos, dado que a qualidade do tempo individual é o que lhes confere a sensação de serem especiais, valorizadas interiormente e com elevada autoestima, dentro de um quadro de valores e princípios conducente a tornarem-se cidadãos socialmente válidos e responsáveis; à *disciplina assertiva* - os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, contribuindo, através deste exercício positivo da parentalidade, para que estes se tornem adultos emocionalmente saudáveis, cooperantes, sociáveis e responsáveis e inculcando nos filhos maneiras construtivas de lidar com o conflito humano, sem degenerar em comportamentos agressivos e violentos; ao *ambiente emocional* - os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de reconhecimento e apreço, porque são as expressões parentais do amor e do entusiasmo que fornecem a nutrição emocional vital para o desenvolvimento saudável das crianças, nomeadamente para o desenvolvimento da autoestima e do amor-próprio, e para a estimulação do

desenvolvimento intelectual. As crianças constroem a sua autoimagem, em larga medida, a partir da percepção que têm dos sentimentos dos seus pais para com elas, pelo que o facto de os pais elogiarem e apreciarem os esforços dos filhos quando estes têm sucesso e quando falham, dá origem a um poderoso reforço do carácter, da auto-motivação e traz-lhes a alegria de realização. Todas as formas de violência física e verbal assim como a negligência, que é igualmente uma forma de violência, devem ser excluídas do exercício de uma parentalidade positiva pois são profundamente traumáticas para os filhos e colocam em causa o princípio fundamental de que a criança precisa de ser aceite e amada; ao *ambiente físico* - os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança, permitindo-lhes explorar, experimentar, de maneira lúdica e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para sua saúde física ou mental. O ambiente físico é representado por tudo aquilo que a criança tem ao alcance dos seus sentidos materiais, para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso, desde os objetos que manuseia, até as características visuais e os ruídos. Assim e para um bom desenvolvimento, é importante que o meio físico favoreça a liberdade de movimento e de expressão das crianças, que eles se sintam à vontade para o trabalho, o estudo, a pesquisa, o jogo, a brincadeira e a descoberta; ao *sentido de inclusão na família* - é muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois esse sentimento de pertença ao núcleo familiar permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar, sendo escutadas e expressando os seus pontos de vista; à confiança mútua - ambos, pais e criança, devem se olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade. Neste contexto, os pais devem considerar que toda a confiança deve ser mútua e que a criança precisa de manifestações de confiança, nomeadamente no reconhecimento e respeito da sua esfera particular. Em todos os momentos, deverá ser procurado um clima de amizade que favoreça o diálogo e a entreaajuda; *exemplos positivos* - os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis. Deverão assim

pautar o seu comportamento e atitudes por padrões morais, éticos, profissionais, humanos, familiares e culturais ao nível mais elevado possível, a fim de se constituírem como um exemplo irrepreensível para os seus filhos; e à *orientação e instrução* - os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais, com o objetivo de poderem definir objetivos motivadores para as suas crianças, no sentido de promover a sua progressiva autonomia e responsabilização, Council of Europe (2008).

O exercício da parentalidade envolve uma aprendizagem e desenvolvimento de competências necessárias à tomada de decisão parental que confirmem uma progressiva confiança nos pais no exercício da mesma.

Neste sentido devemos procurar garantir aos progenitores as condições necessárias ao exercício da sua missão. Sendo o enfermeiro um dos profissionais que está mais próximo dos pais e a parentalidade ser um foco de enfermagem, este profissional tem um papel vital neste processo que envolve um complexo conjunto de responsabilidades. Cabe ao enfermeiro identificar os focos de atenção e as estratégias de intervenção de enfermagem no apoio da parentalidade para que os pais possam desempenhar o seu papel positivamente (Lopes, Catarino, Dixe, 2010).

2. PERCURSO FORMATIVO

Com a realização do projeto formativo desenvolvi um percurso tendo em conta a finalidade do curso de mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL): “desenvolver uma prática baseada na evidência; promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde; cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados; influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem” ESEL (2014, p.5).

Para desenvolver este percurso tive em consideração a missão do EEESCJ descrita no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem de prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde, identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa, trabalhando em parceria com a criança/jovem e pessoa/família em qualquer contexto que ela se encontre, hospital, centro de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2012).

O meu processo formativo foi centrado na aquisição e desenvolvimento de competências com base nos objectivos definidos para o ciclo de estudos do curso, de forma a demonstrar:

- a. Capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a prática de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões, e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara;
- b. Compreensão aprofundada do(s) discurso(s) contemporâneo(s) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais da saúde;
- c. Capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem;
- d. Saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados. (ESEL, 2014, p.6)

2.1. Projeto de Estágio

A Convenção dos Direitos da Criança (ONU/UNICEF, 1989) preconiza, no seu artigo 27º, que a criança tenha direito a um nível de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social. É da responsabilidade dos pais e de outros cuidadores assegurar, de acordo com as suas competências e capacidades financeiras, as condições de vida necessárias para o desenvolvimento da criança. É com base neste princípio, que decidi abordar a promoção da parentalidade tendo em conta o impacto que tem no desenvolvimento da criança.

Tendo em conta a minha necessidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências nos vários domínios da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, construí o projeto de estágio. Para tal, considerei os pressupostos teóricos, refleti sobre eles e na melhor forma de os aplicar no contexto de prestação de cuidados revestidos com rigor e carácter competente.

Tal como refere Benner (2001), ir ao encontro de situações clínicas permite-nos aferir conhecimentos que vão além dos conhecimentos teóricos, numa vasta área de investigação e fonte de conhecimentos. “A aprendizagem experimental põe as questões e testa os comportamentos em situações reais”, “o teórico deve sempre depender da prática para desenvolver os conhecimentos clínicos e resolver problemas que a teoria muitas vezes não leva em conta” (Benner, 2001, p.179). Para poder desenvolver as competências, às quais me propus, foi fundamental prestar cuidados à criança/jovem em diferentes contextos.

Com o objetivo de desenvolver o raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema, delinee os objectivos, actividades a desenvolver e recursos para conseguir desenvolver as competências para prestar cuidados especializados à criança, jovem e família.

De forma a concretizar o meu projeto propus-me a atingir os seguintes objetivos:

1. Integrar novos conhecimentos na área da saúde da criança e do jovem que me permita prestar-lhes cuidados de enfermagem de qualidade
2. Desenvolver capacidades e habilidades para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança em diferentes faixas etárias e situações de saúde/doença
 - 2.1. Realizar a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil
3. Adquirir capacidade de compreensão e resolução de problemas de situações de grande complexidade em contextos alargados e multidisciplinares
4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem em situação de saúde e doença
5. Desenvolver capacidades para identificar competências parentais nos diferentes contextos de prestação de cuidados à criança/jovem
6. Desenvolver capacidades na promoção da parentalidade

Portanto, no planeamento do meu projeto, selecionei como campos de estágio uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), num Centro de Saúde de área de influência do Hospital onde exerço e os serviços de Urgência Pediátrica, Neonatologia, Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) e Internamento de Pediatria no hospital do Centro Hospitalar onde exerço.

Escolhi desenvolver estágios especificamente nos serviços de pediatria deste Centro Hospitalar para conhecer a realidade da pediatria na instituição onde desempenho funções e onde espero vir a exercer a minha prática a curto prazo.

Após ter definido e negociado os campos de estágio elaborei o cronograma, apresentado no Anexo I, que contempla o período inicial de preparação para a ida a campo, os diferentes campos de estágio e o período de elaboração do presente relatório.

2.2. Desenvolvimento do Estágio

Durante a elaboração do projeto senti necessidade de construir um documento, ao qual denominei de Guia Orientador, no sentido de facilitar a apresentação do meu projeto em cada um dos locais de estágio (Anexo II). Este documento é composto por um breve enquadramento teórico, o cronograma dos locais de estágio, os objectivos gerais e os objectivos específicos a cada local de estágio no qual estão descritas as atividades e recursos utilizados.

Para manter um eixo orientador deste projeto, optei por descrever as atividades desenvolvidas em função dos objectivos que lhe deram sentido.

As atividades estão descritas em consonância com o Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2009), fazendo referência às unidades e domínios de competências específicas de enfermeiro especialista, conforme estão descritos e numerados neste Caderno Temático e apresentando como as atingi.

2.2.1. Integrar novos conhecimentos na área da saúde da criança e do jovem que me permita prestar-lhes cuidados de enfermagem de qualidade

Para atingir este objectivo planeei atividades que me permitissem adquirir um melhor conhecimento sobre as práticas relacionadas com o cuidado à criança/jovem e com o foco de especial atenção na temática que subsidia o meu projeto de estágio – A Promoção da Parentalidade.

Através de pesquisa bibliográfica e de revisão da literatura elaborei um documento (Anexo III), que denominei Para uma Parentalidade Positiva, de forma a sintetizar conteúdos. Os conteúdos desenvolvidos foram os principais conceitos da temática, definidos pelo COUNCIL OF EUROPE, a fundamentação, a parentalidade, os princípios para uma parentalidade positiva, as recomendações para uma parentalidade positiva, os referenciais na construção dos princípios da parentalidade positiva e as dimensões da parentalidade como fenómeno de enfermagem. Este documento acompanhou-me ao longo de todo estágio, uma vez que necessitei de consultar as sínteses

bibliográficas que executei, assim como atualizar e pesquisar novos documentos de forma a me manter a par da mais recente evidência. Benner et al (2008) referem no seu estudo que os profissionais de saúde devem possuir um conhecimento baseado na evidência para poder compreender o problema e definirem a ação a tomar.

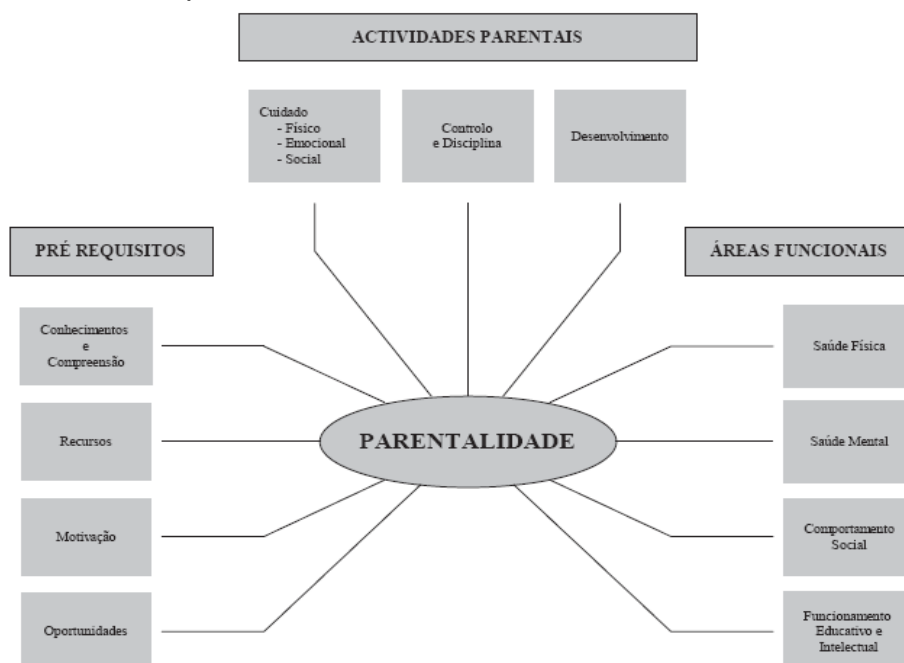
A primeira semana de implementação do projeto foi dedicada à construção do documento Para uma Parentalidade Positiva e de um instrumento de observação (Anexo IV) com o objectivo de sistematizar a informação que fosse recolhendo ao longo do estágio relativamente à identificação das Dimensões do Exercício da Parentalidade.

Optei pela observação uma vez que esta metodologia “consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio de observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos num dado período de tempo” (Fortin, 2003, p.241). O mesmo autor acrescenta ainda que “o objecto de estudo a empreender requer dados que dificilmente podem ser obtidos de outra forma para além da observação” (Fortin, 2003, p.242).

Este instrumento de observação foi baseada no modelo de Hoghughi (2004) que preconiza a existência de onze dimensões da parentalidade que permitem determinar as capacidades e competências parentais para efeitos de investigação e avaliar as práticas parentais.

Segundo este modelo, a parentalidade subdivide-se em Atividades parentais (conjunto de atividades necessárias para uma parentalidade suficientemente adequada), Áreas funcionais (principais aspetos do funcionamento da criança) e Pré-requisitos (conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento da atividade parental).

Figura 3. Dimensões da parentalidade.



Fonte: Barroso e Machado (2011), adaptado de Hoghughi (2004).

Defini, de acordo com os meus objectivos, os seguintes critérios para a implementação do instrumento de observação: pais de utentes em idade pediátrica, observações efectuadas em contexto de prestação de cuidados à criança/jovem e autorização verbal dos pais para aplicação do instrumento de observação.

Cada instrumento de observação foi sendo preenchido ao longo do período de contacto com os pais com a descrição sumária das dimensões do exercício da parentalidade.

Este instrumento acompanhou-me nos diferentes locais de estágio e foi realizado aos pais das crianças que recorreram aos serviços de saúde. A idade das crianças foi variável, compreendendo recém-nascidos até adolescentes, daí alguns dos itens não serem possíveis aplicar devido à idade da criança.

O preenchimento deste instrumento de observação permitiu-me sistematizar a informação resultante da atividade que defini para cumprir este objectivo: Identificar as competências parentais que me permitem: fundamentar, interpretar, refletir e orientar a minha praxis.

Os resultados das observações possibilitaram-me refletir sobre as estratégias que podem ser utilizadas pelos enfermeiros na promoção da parentalidade.

Mais à frente abordarei novamente a pertinência das observações relacionando-as com o papel do enfermeiro na promoção da parentalidade.

A aplicação do instrumento de observação, a pesquisa de documentos publicados, a observação sistemática da realidade com que fui confrontada permitiu-me aumentar os conhecimentos e intervir de forma competente enquanto EEESCJ, baseando a minha praxis em sólidos e validos padrões de conhecimentos.

Com as aprendizagens efectivadas nesta parte do percurso foi possível adquirir competências que me permitem identificar o desenvolvimento da parentalidade e competências para estabelecer uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

2.2.2. Desenvolver capacidades e habilidades para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança em diferentes faixas etárias e situações de saúde/doença

De acordo com Hockenberry e Wilson (2011), o crescimento e desenvolvimento são um processo dinâmico, resultante da soma de diversas mudanças que ocorrem durante a vida de um indivíduo.

O desenvolvimento infantil consiste numa sucessão de etapas ou fases em que ocorre uma série de mudanças físicas e psicológicas (maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afectiva da criança), que vão comprometer o crescimento da criança. Para explicar a evolução infantil os especialistas traçam o crescimento e desenvolvimento em estágios, por faixas etárias ou em termos que descrevem as características de uma faixa etária.

Uma perturbação no desenvolvimento pode ocorrer em uma ou mais esferas do seu domínio, sendo provocada por doença ou por défice de estimulação. Desta forma, existe uma relevância muito particular na área da avaliação do desenvolvimento infantil, não só com o intuito de detecção de desvios, mas também com o objectivo claro de promoção de um desenvolvimento adequado à idade da criança.

A avaliação do desenvolvimento infantil está contemplada nas linhas-mestras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), sendo o primeiro objectivo dos exames de saúde. Esta avaliação assenta numa avaliação psicomotora, psicoafectiva e social da criança em idades chave.

De forma a atingir este objectivo realizei várias pesquisas bibliográficas, leituras e reuni um conjunto de documentos de referência na área do desenvolvimento da criança, como livros, artigos de bases de dados da EBSCO e Scielo e documentos orientadores de boa prática da OE. O conhecimento teórico resultante desta atividade permitiu-me desenvolver outras atividades em que era imperativo avaliar o desenvolvimento da criança em diferentes faixas etárias e situações de saúde/doença, conhecer os problemas de saúde peculiares a cada fase de desenvolvimento e exercer uma prática fundamentada em conhecimentos validos.

A avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança foi desenvolvida nos diferentes contextos de estágio, embora no subcapítulo seguinte esteja evidenciado através da realização da consulta de enfermagem de saúde infantil.

2.2.2.1. Realização da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da UCSP onde realizei o estágio prioriza a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança em diferentes faixas etárias e situações de saúde/doença bem como a intervenção e encaminhamento precoce, junto de crianças com risco ou potencial risco de alterações significativas psicomotoras, psicoafectivas e sociais. A consulta é um momento direccionado para a saúde da criança de forma integral, em que se aborda o seu crescimento físico, biopsicossocial e espiritual em contexto familiar.

Neste local de estágio a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é da responsabilidade de uma EESCJ que coordena e gere o esquema de consultas, de forma oportuna e articulada com a consulta médica e restantes valências multidisciplinares. Tendo por base o PNSIJ (Portugal, 2013), esta consulta é uma atividade autónoma e contempla toda a vigilância,

acompanhamento e encaminhamento necessários do recém-nascido até à criança/jovem em idade escolar e família, incluído a vacinação e outras áreas como os exames globais de saúde.

Na observação e realização de consultas de enfermagem pode desenvolver e aperfeiçoar competências técnicas, relacionais e comunicacionais através da execução da avaliação do desenvolvimento da criança, no que concerne à avaliação estatuto ponderal (com registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ)) e psicomotora da criança (rastreo auditivo, visual, de competências neurológicas e motoras) bem como o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e registo no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). As recomendações práticas referenciadas no PNSIJ (Portugal, 2013) para executar uma avaliação do desenvolvimento foram um auxílio precioso, no sentido de adquirir conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros de desenvolvimento normal; ter presente as situações etiopatogénicas mais comuns, a fim de as poder incluir no diagnóstico diferencial; identificar os fatores de risco para cada criança; saber se a criança está a ser seguida em alguma consulta de especialidade e qual o diagnóstico e plano terapêutico; durante a anamnese, fazer um interrogatório dirigido; observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta, incluído o exame físico; valorizar eventuais fatores circunstanciais, familiares, do treino anterior da criança, do maior ou menos à-vontade da mesma durante a avaliação; se subsistirem dúvidas acerca algum parâmetro, utilizar outros testes de desenvolvimento; em caso de dúvida, confrontar os elementos da avaliação com os de outros profissionais de saúde envolvidos e dialogar com os pais/cuidadores de forma a inseri-los em todo este processo sem criar angústias e diagnósticos precipitados; correlacionar os elementos de avaliação com os fatores de risco mencionados; se surgirem dúvidas, programar outra observação da criança a curto prazo; se se considerar que a criança tem um problema, referencia-la para os “canais” de referenciação possíveis; enviar a informação completa e adequada, utilizando o BSIJ e finalizando, a abordagem terapêutica à criança com deficiência deverá ser feita por uma equipa multidisciplinar e no caso das crianças, entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo ou com risco grave de atraso de

desenvolvimento, procede-se à sinalização para as Equipes Locais de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. A escala utilizada para a avaliação do desenvolvimento é a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

Durante o estágio na UCSP deparei-me com duas crianças que apresentavam alterações do desenvolvimento e eram seguidas nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil da UCSP e nas consultas de desenvolvimento de duas instituições. A aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada às crianças que eram seguidas na UCSP, constituiu uma ferramenta preciosa na avaliação do desenvolvimento, podendo fundamentar as observações realizadas. A utilização de instrumentos padronizados permite que a comunicação e transmissão de informações sejam realizadas de uma forma mais correta e perceptível entre os profissionais de saúde. Na minha atuação pretendi articular a informação entre serviços de forma a existir um conhecimento global e realista das situações para uma intervenção efetiva no processo de avaliação, planeamento e implementação de intervenções, avaliação de resultados e reajuste das mesmas para que a saúde daquelas crianças e famílias seja alcançado, promovendo uma esperança realista.

Estas atividades permitiram-me enquanto observadora/participante e executora sob supervisão desenvolver competências específicas enquanto futura EESCJ, no domínio Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem, especialmente na unidade de competência Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil em que aprofundei conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança e transmiti orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil.

A realização de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, a utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde, a utilização de informação existente ou a avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar e o conhecimento dos recursos da

comunidade existentes foram algumas das atividades desenvolvidas no estágio.

A realização destas atividades possibilitou-me desenvolver a competência específica no domínio Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, especialmente nas unidades de competência Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

Existiu da minha parte um enorme empenho nestas unidades de competência uma vez que negocieei a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, verificando os seus conhecimentos e em que focos residiam as suas maiores dificuldades e dúvidas para implementar o seu projeto de saúde. Em todas as abordagens a comunicação com criança/jovem e família foi realizada tendo em consideração a idade e o estágio de desenvolvimento e a cultura.

De acordo com o PNSIJ (2013, p.7) deve-se ter em conta a “valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e de prevenção de doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde”. Diagnosticadas as necessidades de aprendizagens parentais, com a aplicação de um questionário (Anexo V) sobre os domínios em que os pais sentiam mais dificuldades, direcionei as abordagens para a dotação de competências nesses domínios, articulando a educação para a saúde com as dificuldades partilhadas ou sentidas, recorrendo ao reforço positivo para a prestação de cuidados ao seu bebé cada vez mais competente.

Durante o estágio na UCSP tive a oportunidade de participar na consulta ao adolescente, que me permitiu validar como o enfermeiro promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, observando como facilita a comunicação expressiva de emoções,

reforça a autoimagem se necessário, reforça a tomada de decisão responsável e negocia contrato de saúde com o adolescente.

Tendo em conta que a promoção da parentalidade é o eixo orientador deste projeto de estágio, é necessário referir que as estratégias de promoção da parentalidade têm de ser adequadas ao estágio de desenvolvimento em que a criança/jovem se encontra. Possuir conhecimentos sobre as características que se verificam em cada fase do desenvolvimento da criança é uma ferramenta que permitira ao enfermeiro determinar o desenvolvimento da parentalidade.

2.2.3. Adquirir capacidade de compreensão e resolução de problemas de situações de grande complexidade em contextos alargados e multidisciplinares

Segundo Magalhães (2011) citando Martins (2008) e Meleis (2010), todas as transições são responsáveis pelas alterações nas vidas dos indivíduos e tem implicações na sua saúde e bem-estar, contudo tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações na saúde dos pais e na saúde e desenvolvimento das crianças.

Meleis et al (2000) referem que a transição para a parentalidade está relacionada com a necessidade de adaptação aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, ou pode emergir da necessidade de enfrentar eventos e situações críticos, como o nascimento de uma criança prematura ou a doença crónica, que exige uma mudança nos papéis desempenhados socialmente.

Em Portugal, em 2008 foi realizado um estudo, por Soares, sobre a adaptação e o exercício da parentalidade. A finalidade deste estudo foi compreender a parentalidade pela análise de conteúdos. Os conteúdos analisados foram a preparação para parentalidade, as condições facilitadoras e inibidoras da parentalidade, a vivência e os resultados do processo de transição na parentalidade. As conclusões deste estudo vão ao encontro do que é preconizado na teoria de transição de Meleis. Constatou-se que a

preparação para a parentalidade inicia-se com o desejo de ser mãe ou pai e só após a gravidez estes tomam consciência das mudanças que daí surgirão, Magalhães (2011).

Quando falamos em transição do tipo situacional como o nascimento de uma criança prematura ou aparecimento de doença crónica, o “objetivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições condutoras a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como ser holístico, integral” (Zagonel, 1999, p.30). Este será o papel do enfermeiro na ajuda a ultrapassar a transição.

Transversal a todos os contextos de estágio deparei-me com situações de saúde complexas exigindo uma capacidade de resposta diferenciada. Reportando ao contexto do serviço de neonatologia, tive a oportunidade de realizar o transporte de um recém-nascido (RN) com síndrome de aspiração meconial em falência cardiorrespiratória, do bloco operatório e sala de partos até à unidade de neonatologia. O transporte do RN foi acompanhado pelo pai e pela avó materna, tendo sido facultado tempo para visualizarem o RN e explicado o seu estado de saúde e o que se iria passar a seguir. Esta abordagem inicial faz parte do acolhimento do RN/família e pretende tranquilizar a estrutura parental e diminuir a ansiedade e insegurança ligada ao ambiente desconhecido e à própria situação clínica do RN. Perante esta situação complexa e geradora de grande angústia e ansiedade é esperado que a minha resposta seja adequada, o que implica que mobilize conhecimentos e utilize estratégias que permitam fazer face à situação. Meleis preconiza que os pais utilizem estratégias de coping no processo de transição. É o processo de transição do nascimento de um filho e simultaneamente uma situação de doença. Jorge (2004, p.56) citando Stone, Helder e Scheneider (1988) defende “um conjunto de estratégias que podem ser mobilizadas pela família (...) o apoio social, a religiosidade (...), a procura de informação (...)” e as quais foram percepcionadas nesta situação. Foi facultada informação sempre que solicitada e validada a sua compreensão, o pai recebeu apoio afetivo e emocional da sogra. A religiosidade também foi perceptível no discurso da avó, pelas suas afirmações, o que se transformou numa medida facilitadora de enfrentamento das adversidades e da situação com uma componente

emocional elevada. Sentimentos como a descrença, raiva, medo, culpa, frustração, ansiedade são concomitantes com a esperança e resignação nas reações dos pais. Nesse sentido, procurei apoiar e facilitar o processo de coping.

Tal como referi anteriormente, o diagnóstico de doença crónica gera uma situação de crise na família e o seu impacto pode ser muito diversificado.

Durante o meu percurso, no serviço de internamento de pediatria acompanhei uma criança e a sua família numa fase inicial de diagnóstico de uma doença crónica (diabetes inaugural). Na interação com os pais foi possível diagnosticar as necessidades existentes e a minha atuação foi tentar dar resposta às necessidades emocionais, valorizando e demonstrando respeito pelas reações e preocupações manifestadas pelos pais. Numa das abordagens com a mãe, esta verbalizou a projeção da doença da criança em si mesmo tendo referido "...preferia sofrer pela minha filha, porquê isto não me aconteceu antes a mim..." o que transparece a sua dor emocional. Para facilitar o processo de adaptação à doença crónica e apoiar a nível emocional, procurei estabelecer com os pais uma relação terapêutica em que pudessem exprimir as suas emoções. Com base nas diretrizes da American Academy of Pediatrics

a prática dos cuidados prestados às crianças com doença crónica deve ser centrada na família para dar resposta às suas necessidades psicossociais e de desenvolvimento. O papel da família, as suas qualidades, competências e conhecimentos são destacados como promotores da saúde e bem-estar da criança e a sua opinião é reconhecida como imprescindível na tomada de decisões. (Malheiro e Cepêda, 2006, p.63)

Tendo em conta esta concepção, o profissional de saúde deve assumir um papel facilitador de apoio na procura de soluções e estratégias para uma reorganização familiar. Minimizar as necessidades cognitivas, transmitindo informação à família reduz-lhe a ansiedade, sentimentos de incerteza e ajuda a ultrapassar receios como o não saber cuidar ou gerir a doença e permiti-lhes desenvolver competências para cuidar da criança/jovem de forma autónoma sem risco de agravar a sua condição de saúde ou afetar o seu desenvolvimento harmonioso, Malheiro e Cepêda, (2006).

Nesta situação em concreto, verifiquei que existia um défice de conhecimentos por parte dos pais, que verbalizaram sentimentos de impotência e insegurança relativamente aos cuidados que tinham de prestar à criança. A

minha intervenção após uma avaliação da estrutura parental realizada com a aplicação do instrumento de observação à Identificação das Dimensões do Exercício da Parentalidade, foi instruir e promover o desenvolvimento de competências aos pais sobre a doença, a gestão do regime terapêutico, nomeadamente a alimentação, o exercício físico e a terapêutica (técnica de administração de insulina) e a fornecer material para a autovigilância, como a máquina de avaliação de glicemia capilar, as fitas de avaliação e o livro de registo dos valores da glicemia capilar. Como os avós também iriam ser prestadores de cuidados a sua inclusão e participação neste processo não foi descurada. O apoio afectivo e estrutural demonstrado pelos avós e a sua verbalização constituíram algo estruturante. Numa fase inicial os pais apresentaram dificuldade em assimilar a informação mas progressivamente essa dificuldade foi sendo dissipada pela utilização de uma linguagem simples e coerente que lhes transmitiu sentimentos de encorajamento, segurança e confiança no seu desempenho das funções parentais. Esta actividade permitiu-me desenvolver competências no Cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, principalmente na unidade de competência Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica.

No serviço de urgência pediátrica a situação urgente e complexa que se destacou das demais, foi assistir uma adolescente que tinha ingerido substâncias com efeitos psicoativos. Foi uma situação que carecia uma intervenção rápida mas a adolescente não se apresentava colaborante, aparentemente estava desorientada no tempo espaço e pessoa e com um comportamento agressivo. Foi uma situação difícil de gerir, considerando imprescindível o encaminhamento para outros profissionais de saúde, nomeadamente o psicólogo, face às necessidades que a adolescente evidenciou.

Outra situação inesperada e complexa foi a morte de uma criança. Esta experiência foi vivenciada no serviço de neonatologia e no serviço de internamento de pediatria. A morte é inevitável e está presente em todo momento de vida mas é notória a dificuldade dos profissionais em aceitar e gerir esta situação de modo adequado, sendo difícil aceitar que ocorra tão

precocemente, na perspectiva do ciclo vital. Com estas vivências desenvolvi mecanismos para poder compreender as necessidades dos que vivenciam esse processo e pude colocar em prática capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto. Perante a morte de uma criança, o papel do enfermeiro não termina, pois a família necessita de assistência para que possa vivenciar esta circunstância de forma equilibrada. Nesse sentido, a minha atuação prendeu-se com o apoio à família para enfrentar o processo de luto, encaminhando-as para o Grupo de Ajuda Mútua onde podem partilhar sentimentos e dificuldades com outros pais que viveram situações idênticas.

2.2.4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem em situação de saúde e doença

Ao longo deste percurso recorri inúmeras vezes a referenciais como o Código Deontológico dos Enfermeiros, o REPE, o Modelo de Desenvolvimento Profissional e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, procurando ser competente e agir de acordo com a regulamentação em vigor. O Código Deontológico dos Enfermeiros consagra os direitos e deveres a respeitar. O REPE (2012, p.17,18) preceitua que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, acrescenta que tem com objetivos “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e reinserção social” e ressalva que a sua atuação deve ser dotada de dignidade e autonomia de exercício profissional apesar de complementar com outros profissionais. A definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e para a reflexão sistemática sobre o exercício profissional.

O treino de cuidados especializados requer habilidade na observação, comunicação, reflexão, aplicação e articulação de conhecimentos e tomadas de decisões fundamentadas, OE (2009). O meu exercício profissional

responsável e qualificado tem sido resultado de conhecimentos provenientes de formações e da experiência profissional. A prestação de cuidados à criança/jovem durante o estágio pautou-se pela mobilização e cruzamento de saberes. A autonomia na prestação direta de cuidados foi adquirida gradualmente, tanto no contexto comunitário como hospitalar, potencializando a execução de cuidados técnicos/complexos e as habilidades de identificação de instabilidade da criança. Com a atividade desenvolvida no início deste percurso tive oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre as patologias mais incidentes/prevalentes em cada faixa etária, despertar o olhar clínico de forma mais intuitiva em campo, permitindo a identificação de situações de risco, o planeamento e responder prontamente. Correlacionar saberes proporcionou-me um melhor desempenho pessoal e profissional no serviço de urgência pediátrica, por exemplo, na gestão da informação colhida, avaliação inicial da criança e categorização em prioridades de atendimento. A contribuição da correlação de conhecimentos na observação/participação na UCEP permitiu-me prestar cuidados progressivamente autónomos à criança em estado crítico e promover o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao seu filho. No que respeita à prestação de cuidados no serviço de internamento de pediatria e no serviço de neonatologia, efetivou-se de uma forma progressiva, prudente e diligente, requerendo supervisão para garantir segurança nos cuidados prestados e segurança pessoal. A falta de habilidade técnica nos procedimentos de enfermagem foi combatida com alguma execução repetitiva dos mesmos até atingir uma maior desenvoltura prática na sua realização e com o gradual envolvimento nos cuidados prestados. Esta transição de observadora para prestadora de cuidados à criança e à sua família desabrochou de uma forma progressiva, otimizando a tomada de decisão e a solidificação de competências. O que inicialmente requeria supervisão, posteriormente executei com autonomia e sentido de responsabilidade. Este passo foi resultado da procura de novas oportunidades de aprendizagem, pela iniciativa, a disponibilidade e o interesse em colaborar com a equipa de enfermagem.

A autonomia e a responsabilidade são fundamentais na centralidade dos cuidados e na tomada de decisão clínica em enfermagem, Nunes (2006). A

autonomia diz respeito ao poder para determinar o que é necessário realizar relativamente aos cuidados, agir de acordo com a avaliação feita e aceitar a responsabilidade das decisões tomadas. Na prestação de cuidados a minha atuação pautou-se pela afirmação anterior com recurso ao raciocínio fundamentado, existindo coerência entre o pensamento e a ação na execução dos cuidados bem como nos resultados das intervenções assumidas como autónomas (por exemplo, a colocação de sonda nasogástrica a uma criança com o diagnóstico de pneumonia com o intuito de diminuir o esforço cardiorrespiratório ainda que conservasse o reflexo de deglutição). O poder de autonomia espelha-se no exercício do trabalho, existe necessidade de executar e refletir paralelamente. Diariamente tomam-se decisões, umas vezes sem grandes análises, situações simples, habituais que não levantam dúvidas, mas por outro lado, se forem situações mais ambíguas a decisão irá ser mais morosa e analítica. Face a uma situação nova somos desafiados a refletir sobre o que estamos a fazer e explicar os motivos que nos levam a agir de determinada forma, Nunes (2006). A tomada de decisão envolve avaliações, mudanças e aprimoramentos, no sentido de alcançar a melhor decisão possível, OE (2009). O enfermeiro assume a responsabilidade dos seus atos e decisões que toma. Durante a prestação de cuidados procurei relacionar estes conceitos: o de autonomia, o de responsabilidade e o de tomada de decisão, num sentido crescente e profissionalizante.

No âmbito da prestação de cuidados importa refletir sobre a parceria de cuidados. Anne Casey (1988) elaborou um modelo para a prática de enfermagem pediátrica em que

os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. (Casey, 1993, p.233)

Tendo por base este modelo, pressupõe-se a existência de uma profunda relação enfermeiro/família que é facilitada pela metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, com partilha de competências entre a família e o enfermeiro. À luz da perspectiva como futura EEESCJ posso aferir que durante este percurso observei o exercício da parceria nos diferentes

contextos. Verifiquei que a participação e o envolvimento dos pais nos cuidados são realizados consoante a sua disponibilidade física e emocional.

Na unidade de neonatologia, a filosofia da prestação de cuidados assenta no envolvimento da família e na parceria de cuidados com os pais, que permanecem em horário alargado junto do RN, ou seja, das 9 as 22horas. Contudo, este horário não vai ao encontro com o que está preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (1988), que pressupõe o direito dos pais ou seus substitutos permanecerem junto da criança dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado. No entanto, o serviço possui espaços físicos que garantem o repouso e privacidade durante a vivência da hospitalização. Os cuidados diretos ao RN são negociados com os pais de forma a existir uma verdadeira parceria e concomitantemente promover a parentalidade e promover a vinculação. Nos cuidados prestados neste contexto desenvolvi competências na promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.

Reportando-me para o contexto do serviço de internamento reconheço que nem sempre é fácil estabelecer uma parceria com o nosso alvo de cuidados, a família, de forma a atender as suas necessidades integralmente. Na negociação de cuidados, apesar do esforço e empenho do enfermeiro, a participação dos pais ou substitutos na prestação dos cuidados vai depender das suas habilitações e vontades. De acordo com Casey (1993), o plano de cuidados é combinado mutuamente e é flexível. Existem cuidados familiares e cuidados de enfermagem, embora por vezes o enfermeiro preste cuidados familiares e outras em que os pais assumem de cuidados de enfermagem, como por exemplo cuidados de higiene e conforto, não estando estabelecidas fronteiras rígidas. No processo de negociação preconizado por Casey, aquando o acolhimento da criança/família no serviço verifiquei que se incidia nas questões inerentes às regras e normas do serviço em vez de incidir nas necessidades/preocupações da criança/família.

Neste serviço os pais são incluídos em todas as fases do plano de cuidados, desde o planeamento até à avaliação, tendo em conta as suas competências, habilidades e conhecimentos. Todavia, tal como emana do Modelo Teórico de Casey quando se constata uma ineficiência ou falta de

aptidão na execução de cuidados familiares por parte dos pais o enfermeiro assegura esses mesmos cuidados.

Neste sistema único criança/família procurei estabelecer uma parceria de cuidar em que negocie a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, desenvolvi ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, procurei sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde e utilizei a informação existente ou avaliei a estrutura e o contexto do sistema familiar, através da prestação de cuidados à criança/jovem e família com recurso a metodologia científica.

Para adquirir competências na prestação de cuidados especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, as atividades desenvolvidas consistiram em inteirar-me na dinâmica organizacional e funcional dos diferentes contextos; prestar cuidados de saúde especializados à criança/jovem e família e proceder aos respectivos registos; refletir sobre a minha prestação de cuidados enquanto futura EEESCJ; ter uma observação participativa nas situações de urgência e realizar pesquisas bibliográficas de forma a clarificar questões emergentes da prática.

2.2.5. Desenvolver capacidades para identificar competências parentais nos diferentes contextos de prestação de cuidados à criança/jovem

Com recurso ao instrumento de observação já descrito anteriormente, apurei que é extremamente complexo identificar as competências parentais e aferir se o comportamento parental é adequado ou não. Ter um conhecimento prévio dos fatores que facilitam ou inibem este processo de transição e se os recursos de apoio existentes são funcionais ou não, foi imprescindível para a minha aprendizagem. Pela sua complexidade e ainda ser uma temática, para mim, relativamente recente com necessidade de ser aprofundada com estudo científicos existiu alguma dificuldade em aplicar instrumentos de avaliação de competências parentais validados.

Após a identificação das competências parentais, com a aplicação do meu instrumento de observação e recorrendo ao modelo de Hoghugh (2004), que explica a complexidade envolvida no processo educacional de uma criança e descreve as diferentes condições que envolvem, ou deverão envolver, o processo e a atividade parental, interpretei as observações efetuadas. Posteriormente analisei os resultados das observações em função da idade da criança no sentido de poder proporcionar uma orientação aos pais. Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais no sentido de definirem objetivos motivadores para as suas crianças na promoção da sua progressiva autonomia e responsabilização, Council of Europe (2008).

Os conhecimentos adquiridos com o desenvolvimento desta atividade deram-me a fundamentação para aumentar capacidades e habilidades para estabelecer com a criança/família uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido de adequar a gestão do regime e da parentalidade.

Procurei como futura EEEJCJ assumir o papel de facilitadora, que assiste a criança/jovem com a família, na maximização da saúde e simultaneamente cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, quer em contexto comunitário, quer hospitalar, considerando a família, mais concretamente os pais ou os prestadores de cuidados, como parceiros e alvo dos meus cuidados.

Em contexto comunitário, as consultas de enfermagem de saúde infantil são um momento privilegiado de contacto entre o enfermeiro e a criança e a sua família com partilhas únicas. Em cada contacto procurei ir ao encontro das necessidades de aprendizagem/informação dos pais, procurando dotá-los de competências para cuidar do seu filho.

2.2.6. Desenvolver capacidades na promoção da parentalidade

Para atingir este objetivo e desenvolver capacidades na promoção da parentalidade, as atividades desenvolvidas consistiram numa revisão sistemática da literatura e aferir o que foi estudado e validado até ao momento.

Na UCSP após diagnosticar as necessidades parentais, com a oportunidade de aplicar um pequeno questionário sobre os domínios em que os pais sentiam mais dificuldades, direcionei as sessões de educação para a saúde para a dotação de competências nesses domínios, articulando os ensinamentos com as dificuldades partilhadas ou sentidas, recorrendo ao reforço positivo para a prestação de cuidados ao seu bebé cada vez mais competente. De forma a enriquecer e completar a informação fornecida elaborei um folheto sobre “Cuidados de higiene, conforto e segurança do bebé” (Anexo VI). Foram também desenvolvidas sessões de educação para a saúde acerca dos “Cuidados de higiene, conforto e segurança do bebé” (Anexo VII) e da “Alimentação no primeiro ano de vida” (Anexo VIII) e a respectiva avaliação da sessão pelos pais (Anexo IX), que consideram de forma global muito bom o interesse do tema, que correspondeu às suas expectativas, sendo muito útil os conhecimentos adquiridos na sessão com uma duração considerada indulgente. As sessões de educação para a saúde constituíram uma forma de partilha de experiências, facilitando aos pais a aquisição de confiança na parentalidade e uma mudança positiva das suas práticas. Solicita-los a praticar sob supervisão permitiu aferir se as dificuldades tinham sido culminadas.

Um aspeto menos positivo que posso apontar é o facto de não existir visita domiciliária nesta unidade que condiciona a efetivação do conhecimento dos pais nos domínios em que possuíam mais dificuldades. Se existisse visita domiciliária seria possível perceber se as dificuldades se encontravam ultrapassadas e se a aquisição de competências parentais tinha sido conseguida ou não, no sentido da transição para o exercício do papel parental, inserido no meio socioeconómico e cultural da família.

Nas consultas de enfermagem de saúde infantil também contactei com crianças com situações complexas, nomeadamente dois casos problemáticos no domínio da saúde infantil. Um caso de recusa de vacinação por parte dos pais de um RN, por questões culturais e outro caso de negligência parental passiva. No primeiro caso, as abordagens foram no sentido de esclarecer o Plano Nacional de vacinação português e o benefício da vacinação. Contudo, os pais foram irredutíveis na sua decisão. O surgimento deste caso levantou-me algumas questões reflexivas, não devem os pais agir priorizando o maior

interesse da criança face as suas crenças culturais? Como deve agir o enfermeiro no sentido de minimizar as tomadas de decisão parentais infundadas crenças, no impacto da saúde da criança? Relativamente ao segundo caso foram adotadas estratégias e medidas interventivas no sentido do correto encaminhamento da criança vítima de negligência. O caso tinha sido sinalizado na maternidade e na UCSP foi analisado pela EESCJ e pela assistente social. A EESCJ é o elo de ligação entre a UCSP e o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

O NACJR funciona de acordo com as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2008), tendo o dever de colaboração e concertação das ações através do funcionamento de equipas multidisciplinares. A equipa multidisciplinar é constituída por onze enfermeiros, três médicos, um psicólogo, um técnico de serviço social e um higienista oral. As intervenções/atuações desenvolvidas tem o propósito de dar uma resposta adequada e atempada às necessidades das crianças/famílias: realização de atendimentos personalizados e visitas domiciliárias às crianças/famílias de risco sinalizadas ao Núcleo; estabelecimento de diagnóstico e um plano de intervenção de apoio à família (PIAF), de acordo com as necessidades identificadas para todas as situações sinalizadas; monitorização periódica do cumprimento dos PIAF em reunião de equipa; realização de reuniões de equipa com periodicidade mensal ou sempre que o carácter de urgência o justifique, assim como o estabelecimento de uma relação de proximidade com os restantes parceiros comunitários.

E o que fazemos face a um papel parental violentamente comprometido? Como atuamos, face a um apelo de ajuda silencioso revestido de confidencialidade? Como profissional de saúde temos obrigações éticas, deontológicas e morais e por vezes temos de nos distanciar dos nossos princípios, crenças e valores para conseguirmos uma aproximação de famílias que não respeitam as suas crianças de forma as poder ajudar. Isso aconteceu na consulta de enfermagem com o casal adolescente em que optei por abordar a importância dos cuidados de higiene, de forma a combater o défice higiénico e como estratégia de promoção de contacto físico entre pais e criança, uma vez que exalavam sinais de vinculação insegura, da importância da

amamentação e dos horários, dado a criança não ser alimentada há mais de cinco horas, da estimulação neurosensorial e motora para o seu correto desenvolvimento e enfatizei os recursos comunitários que tinham ao seu dispor, uma vez considerados como um casal de nível socioeconómico baixo. Ao sinalizar esta situação de risco terei sido a mais assertiva com esta família face à gravidade das problemáticas? Após ter partilhado com a EESCJ tutora os meus sentimentos e pensamentos fizemos uma reflexão conjunta e concluímos que fizemos o que poderia ser feito. Esta situação foi reportada ao NACJR na reunião de equipa que se realiza mensalmente.

Em contexto de hospitalar, outro aspeto a ter em consideração na promoção da parentalidade é o impacto que a hospitalização tem na criança e na família. A hospitalização de uma criança configura uma situação de crise que exige à criança e à família uma capacidade de adaptação e reestruturação devido à complexidade de alterações físicas, psicológicas, relacionais, sociais e financeira que envolve. Uma situação de crise familiar está descrita como

“desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz” (CIPE, 2011, p. 47).

Os pais perante um filho doente manifestam stress e ansiedade dada a ruptura do equilíbrio biológico, psicológico e social da criança. Na criança o impacto e as reações à hospitalização são influenciados pela idade, pelas características individuais, pela experiência prévia, pela gravidade da situação e pela habilidade de resposta ao stress. Os principais fatores de stress da hospitalização são a angústia pela separação, a mudança de ambiente, a presença de pessoas estranhas, a quebra de rotinas, a restrição física, lesão corporal e a dor. Facilmente identifiquei estes fatores nos diferentes contextos de estágio. A doença na criança afeta imperativamente a família, e esta fica também fragilizada, carecendo de assistência especializada. O sistema familiar perde a estabilidade e sentimentos como a descrença, raiva, resignação, culpa, medo, ansiedade e frustração influenciam as reações dos pais. No entanto, as reações nem sempre são revestidas de uma componente negativa e transparecem esperança e alento. A minha atuação nesta vertente foi

demonstrar disponibilidade para ajudar, ouvi-los e ajudarem a expressar os seus sentimentos, emoções, receios e dúvidas. Ao tomarem consciencialização que os seus sentimentos e dificuldades são valorizados, os pais passam a cooperar ativamente, de acordo com Klein e Guedes (2006).

O acolhimento nos serviços também é um fator importante no processo da hospitalização uma vez que é o primeiro contato que a criança/jovem e a família têm com o serviço. Nos diferentes locais de estágio verifiquei a existência de um guia de acolhimento que continha um conjunto de informações essenciais, incluindo a descrição do espaço físico. O espaço físico do serviço de pediatria (serviço de urgência, UCEP, internamento e neonatologia) é novo e está dotado de condições físicas que contribuem para um ambiente acolhedor essencial para permitir criança/jovem e família a vivência da hospitalização de forma amena e assim diminuir seu o impacto.

Em todos os serviços de pediatria, aquando a admissão procura-se saber os hábitos da criança/jovem e da família, de forma a adapta-los durante o internamento e programar o plano de cuidados. A presença dos pais junto da criança/jovem e a sua participação ativa nos cuidados prestados potencia a promoção da vinculação e conseqüentemente a promoção da parentalidade. Com a finalidade de aumentar as competências parentais, na prestação cuidados tive sempre em consideração aspectos que permitiram fomentar a ligação pais e filho, aumentar uma interação entre ambos, promover um interesse na aprendizagem dos cuidados à criança e contribuir para a satisfação da assistência recebida, baseando-me nos estudos realizados por Lopes (2012).

Remetendo-me ao contexto da neonatologia, toda a envolvimento da hospitalização provoca nos pais sentimentos que os deixam fragilizados e inseguros. A minha atenção focou-se em potencializar as suas capacidades no exercício do papel parental. A prematuridade e o internamento hospitalar são fenómenos que alteram a normal adaptação à parentalidade e estabelecimento da vinculação. Tal como refere Meleis (2005, p. 214), “as transições despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, expectativas ou capacidades (...) requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e assim altere o contexto de si

num contexto social”. Os pais de um prematuro deparam-se com um novo desafio – o exercício da parentalidade ao mesmo tempo em que se veem confrontados com sentimentos de negação, perda, impotência, fracasso e culpa associados a fatores como o ambiente estranho, separação do filho, a sua condição física, a incerteza do futuro, Lopes (2012). O desenvolvimento e adequação do comportamento parental desenrola-se de forma gradual, pois inicialmente os pais focam-se na informação clínica e à medida que permanecem junto do RN e observam a prestação de cuidados de enfermagem, consciencializam-se do seu papel, para posteriormente desempenharem as suas funções parentais. Desta forma, a minha atuação na promoção da parentalidade centrou-se na observação e diagnóstico das características e capacidades dos pais, com base no meu instrumento de observação baseado no modelo de Hoghughi (2004), e no processo de negociação permitindo a participação ativa dos pais nos cuidados ao RN, tornando-os parceiros efetivos nos cuidados prestados, tal como é preconizado por Casey (1993). Ao colocar em prática estes conhecimentos desenvolvi a capacidade de negociação da participação da família no processo do cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. A avaliação parental não se cingiu a um momento e foi constante durante o meu contato com os pais. Tratando-se de uma situação de crise também foi necessário uma frequente renegociação com os pais para a prestação de cuidados de enfermagem e cuidados familiares.

Dessa forma, com o intuito de desenvolver uma estratégia de interação precoce pais/RN, promotora da vinculação e promotora da parentalidade utilizei um manual já existente no serviço intitulado “A parentalidade baseada na progressão do desenvolvimento da criança prematura” que orienta como promover o empowerment dos pais de acordo com o desenvolvimento do RN. A sua implementação foi efetuada nas abordagens realizadas aos pais enfatizando os aspetos positivos inerentes ao desenvolvimento do RN e ao desempenho do papel parental. Sugeri aos pais o registo da sua experiência no livro que é dado aquando o acolhimento no serviço, onde podem relatar a vivência por que estão a passar, focando aspetos relacionados com as aquisições de competências parentais, com o desenvolvimento e recuperação do RN e com apoio e suporte que lhes tem sido proporcionado ao longo da

hospitalização ou que deveria ter sido facultado e por algum motivo não foi oferecido. Com esta atividade desenvolvi competências na promoção da parentalidade em contexto de neonatologia.

Outra atividade desenvolvida, embora não programada inicialmente foi a participação no 1º Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o Desenvolvimento, que foi muito pertinente nas abordagens à temática da parentalidade, especialmente na mesa redonda intitulada “Acolher e Promover a Parentalidade”.

No serviço de urgência e na UCEP, a participação na prestação de cuidados de enfermagem constituiu uma atividade crucial. Em cada abordagem com os pais ou substitutos procurei observar e identificar as competências parentais, com o recurso ao instrumento de observação, com a finalidade de em cada contacto promover uma parentalidade positiva. A duração de internamento é reduzida o que torna mais difícil e exigente a identificação de competências parentais e a promoção de uma parentalidade positiva.

No âmbito da prestação dos cuidados de enfermagem, com a minha abordagem pretendi integrar e respeitar os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional de forma a tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.

No capítulo seguinte desenvolverei os aspectos éticos que estiveram presentes ao longo do estágio.

3. TOMAR DECISÕES FUNDAMENTADAS, ATENDENDO ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E ÀS RESPONSABILIDADES SOCIAIS E ÉTICAS

O exercício profissional de enfermagem rege-se por um conjunto de deveres e direitos consignados no Código Deontológico dos Enfermeiros e no REPE. Relativamente aos deveres deontológicos do enfermeiro, de acordo com o estatuto da OE, este tem o dever de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (...)” (OE, 2012, p.75). Ainda no REPE no artigo 81.º está asseverado que

“o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; (...) abster-se de juízos de valor (...); respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (OE, 2012, p.76).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem este enunciado é reforçado com a referência que “(...) o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012, p.10).

O REPE, no artigo 8.º (Capítulo IV) regulamenta que no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros, “(...) os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2012, p.17,18). Como refere Vieira “a defesa do superior interesse da pessoa ao seu cuidado é manifestamente um imperativo ético para a ação do enfermeiro” e acrescenta ainda que “o compromisso dos enfermeiros para com os cidadãos em geral se fundamenta nos seus direitos” (Vieira, 2009, p.83,108), tendo a dignidade humana como princípio basilar de todos os outros.

Para uma boa prática de enfermagem é imperativo ter em consideração todos estes princípios éticos e deontológicos que implicitamente alinham a ação, devendo ser de acordo com Ribeiro “(...) o primeiro quadro de referência para a excelência” (Ribeiro, 2008, p.8). Seguindo esta linha de pensamento, a minha atuação ao longo deste processo formativo, bem como ao longo da vida profissional, teve sempre em conta o respeito de todos estes princípios. Como referenciais para a ação disponho dos valores consignados na deontologia profissional, no sentido de avocar as responsabilidades sociais e éticas, como pessoa e profissional, de forma a garantir e salvaguardar a dignidade da pessoa humana.

No exercício profissional de enfermagem o processo de tomada de decisão tem o seu cerne na prática baseada na evidência. Está preconizado nos Padrões de Qualidade da OE que o enfermeiro no processo de tomada de decisão de enfermagem e na fase de implementação das intervenções deve incorporar os resultados da investigação na prática profissional e reconhecer que “(...) a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2012, p.12), o que procurei ter sempre em consideração no âmbito da prestação de cuidados.

A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada constituiu igualmente uma referência permanente no decorrer de todo este processo formativo, no sentido assegurar a excelência do acolhimento e estadia da criança no hospital, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade.

Neste capítulo pretendi evidenciar os aspectos que tive em consideração ao longo do processo formativo com o objetivo de fomentar um ambiente facilitador da relação terapêutica, alicerçado no respeito pelos princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional e nortear a minha prática assistencial na evidência científica.

4. REFLEXÃO SOBRE O ESTÁGIO

O desenvolvimento deste relatório foi resultante da concretização de ações durante este percurso formativo recheado de experiências. Estas experiências originaram um conjunto de reflexões que facilitaram a integração do conhecimento adquirido e dinamizaram a tomada de consciência do aprendido.

O percurso formativo foi realizado em diferentes locais. No término de cada estágio foram redigidos jornais de aprendizagem focalizando a experiência. O jornal de aprendizagem foi um método no desenvolvimento de reflexão e análise crítica nos processos de aprendizagem que me permitiu refletir sobre a prática com outra maturidade. A reflexão é um ato importante na formação e desenvolvimento pessoal e profissional de qualquer um de nós. Penso que refletir sobre as nossas práticas é fundamental, como forma de autoanálise e autocrítica.

A necessidade de uma reflexão sistemática e mobilização de um conjunto de informação científica, técnica e relacional devido às incongruidades entre a teoria e a prática, contribuem para a qualidade e segurança nos cuidados prestados. A análise, pesquisa e reflexão permanente no exercício profissional permite que a prática se converta em competência. Fernandez (1998) refere que a reflexão é um processo criativo e de investigação que a enfermagem dispõe para melhorar a prática e ao mesmo tempo constitui um instrumento de aprendizagem facilitador da integração da teoria e da prática.

Para Correia (2002) a reflexão crítica deve ser uma prática formativa na enfermagem, pessoal e autónoma, pela reflexão sobre a ação e o conhecimento adquirido, em interação com o contexto. Ou seja, durante este processo pressupõe-se que treine e valorize as minhas capacidades de análise e de crítica, centradas no meu desenvolvimento. A reflexão sobre a prática, individual ou conjunta com os pares permite a construção de conhecimento e desenvolvimento individual e coletivo. A reflexão em grupo, tal como refere Fernandez (1998), é um meio privilegiado para a reflexão sobre a ação e permite uma análise mais completa das situações. As sessões tutoriais foram sem dúvida pilares importantes nas reflexões em conjunto. Os tutores

estimularam-me para a reflexão na ação, da reflexão sobre a ação e da reflexão sobre a reflexão na ação. Ainda de acordo com Correia (2002), as capacidades que ajudam a reflexão são a autoconsciência, a descrição, a análise crítica, a síntese e a avaliação. Pela autoconsciência questionamo-nos acerca das situações e através da descrição reúne-se os acontecimentos, sentimentos e pensamentos. A análise crítica consiste em examinar o que se presumiu, explorar alternativas e questionar a importância de um determinado conhecimento para cada situação. A síntese reúne os dados anteriores e os novos, para evoluir para uma nova perspectiva e na avaliação são feitos julgamentos de valor baseados em critérios e padrões.

Segundo Moraes (2004) uma atitude reflexiva sobre o quotidiano profissional permite desenvolver capacidades de ação e adaptação, de forma a atingir um nível de competência que permita uma melhor compreensão das situações e a sua melhoria. Ao refletir, certifiquei que a aquisição de competências não é um processo estanque, vai evoluindo ao longo do tempo no contato com a realidade através de uma vivência pessoal e profissional. Este processo é dinâmico e emerge com a experiência. De acordo com Benner (2001), na aquisição e desenvolvimento de competências, o enfermeiro passa por cinco níveis de proficiência, de iniciado a perito. Ao observar a atuação do perito, que se encontra no nível mais alto de proficiência, é notório o nível de conhecimentos especializados e as suas competências para tomar decisões, comunicar eficazmente, estabelecer prioridades e agir prontamente perante situações imprevistas e complexas. Utilizando estes profissionais, como referência e modelo pelo reconhecimento das suas competências, preconizei o meu projeto de estágio em torno do desenvolvimento de competências com enfoque na promoção da parentalidade. Não foi minha pretensão, nem podia ser, atingir um nível de perito com este estágio, mas sim adquirir bases sólidas para continuar este longo caminho.

Creio que consegui implementar o projeto a que me propus com sucesso, apesar das dificuldades iniciais que foram combatidas com a orientação tutorial e assim desenvolver competências que me permitem obter o grau de especialista.

Considerando o instrumento de observação que construí e implementei durante o cumprimento do estágio com relatório e no âmbito de identificar as competências parentais, ponderei desenvolver investigação futura, em conjunto com um EEEECJ que já trabalhou esta temática e foi orientadora neste estágio, com o intuito de construir-mos uma escala para avaliar a competência parental.

CONCLUSÃO

Realizando uma análise retrospectiva deste percurso considero que este constituiu um enorme desafio, uma vez que se trata de uma realidade completamente alheia ao contexto da minha atividade profissional.

Foram imensos os contributos decorrentes da sua realização, tendo permitindo uma visão mais completa e abrangente de diferentes contextos: a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, o conhecimento de diferentes modos de atuar, a compreensão de diferentes concepções dos cuidados de enfermagem, o aprofundar de saberes com base na articulação, mobilização e integração da teoria apreendida e ainda, a prática de certos procedimentos técnicos que não constituem uma realidade no meu atual contexto de prestação de cuidados.

Todo o percurso formativo permitiu sobretudo construir uma base de conhecimentos, como fundamentação ao desenvolvimento e aquisição de competências que o EEESCJ deve possuir para o exercício profissional assente em evidência científica, formação e saber experiencial para o alcance da excelência dos cuidados.

Com as atividades desenvolvidas consegui aprofundar o conhecimento sobre a promoção da parentalidade, através da análise da evidência e da prática que desenvolvi nos diferentes contextos prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família. A prestação de cuidados de enfermagem executada nos diferentes contextos foi assente numa perspectiva centrada na criança/jovem/família e de acordo com o modelo de parceria de cuidados de Casey. Nunca descorando que Benner e o seu modelo de aquisição de competências, as competências do EESCJ preconizadas pela OE e o conceito de parentalidade nortearam a minha aprendizagem.

Em todas as situações indaguei novas oportunidades de aprendizagem encarando cada experiência como um momento de aprendizagem por excelência.

Considero ter sentido algumas dificuldades em transpor para o papel tudo o que assimilei neste percurso formativo, estando ciente que muito mais haveria para escrever, dado que existem emoções e sentimentos vividos que

não se traduzem para o papel, mas que são parte integrante desta caminhada. No entanto, espero ter apresentado de uma forma clara este percurso de desenvolvimento de competências enquanto futura EEESCJ.

Analisando este caminho formativo e tendo em conta os objetivos propostos no plano de estudos do curso, creio ter atingido de forma global o desafio a que me propus, tendo a noção que a evolução foi gradual e favorável marcada pela motivação e empenho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*, (6). 53-59.

Assembleia Geral nas Nações Unidas (1989). *A convenção sobre os Direitos da Criança*. Portugal: Unicef

Azevedo, M. (2009). Teses Relatórios e Trabalhos Escolares. (7ªed). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Barroso, R; & Machado, C. (2011). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*. (52). 211-230.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard-Kahn, V., & Day, L. (2008). Formation and everyday ethical comportment. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 17(5), 473-476.

Brazelton, T. (2009). *O grande livro da criança*.(M.Peixoto, Trad.). (11ªed.). Barcarena: Editorial Presença.

Casey, Anne (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutari,1993.

Casey, Anne (1995). Partnership nursing on involvement of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*. 22(6). 1058-1062.

Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg. Council of Europe Publishing.

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

Coyne, I. (1996). Parental participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. (23). 733-740.

Correia, M. (2002). A Reflexão Crítica como Prática Formativa. *Revista Sinais Vitais*, (42). 60-63.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Plano Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Fernandez, E. (1998). Só “fazer as observações”: a prática reflexiva na enfermagem. *Nursing*. (124). 18-22.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.

Farrel, M. (1994). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing*. Março. 27-28.

Gaspar, M. (2004). Competências em questão: contributo para a formação de professores. *Discursos. Série: Perspectivas em Educação*. Dezembro. 55-71.

Guilbert, J. (1977). *Guia pedagógico para os profissionais de saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Hockenberry, M. J.; & Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8), Rio de Janeiro: Elsevier.

Instituto de Apoio à Criança (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Acedido em: 10/01/2014. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Jorge, A M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (RE) Pensar O Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kleinl, M., & Guedes, C. (2006). Intervenção psicológica com grupo de acompanhantes da pediatria: relato de experiência. *Psicologia Hospitalar*. 4 (2).

LE BOTERF, G. (2004). *Construire les compétences – individuelles et collectives*, 3e édition. Paris: Éditions d'Organization.

LE BOTERF, G. (2004). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Bookman.

Lopes, M. (2012). Apoiar na Parentalidade Positiva: Areas de Intervenção de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. (Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem). Lisboa.

Lopes, M.; Catarino, H.; & DIXE M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*. (1).109-118.

Lei n.º147/99 de 1 de Setembro (1999). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República I Série-A*, N.º 204 (1-9-1999) 6115-6132.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série*, N.º 180 (16-08-2009) 6528-6550.

Madureira, I.; Cavaco, M. G.; Gomes, N.; Lisboa, P.; & Simões, R. (2007). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Análise do Sub-dominio

“Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner. *Sinais Vitais*. (71). 27-30.

Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

Malheiro, I.; & Cepêda, T. (2006). A Criança com Doença Crónica: Considerações sobre o Atendimento. *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Instituto de Apoio à Criança. 62-65.

Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle - Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1) Setembro. 12-28.

Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (3º ed.). London: Lippincott.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Morais, C. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing*, (188). 23-24.

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *II Congresso Ordem dos Enfermeiros*, Lisboa, 10 de Maio 2006.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Cadernos Temáticos: Modelo de desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (1998). *REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro): Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril) [Em linha]*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). II Congresso da Ordem dos Enfermeiros: “O Enfermeiro e o Cidadão – Compromisso (d)e Proximidade”. Acedido em 27/06/2013. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICongPPTCM.pdf>

Pires, A. (2001). *Crianças (e Pais) em Risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

RIBEIRO, O., Carvalho, F., FERREIRA, L., & FERREIRA, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium - Revista do ISPV*, (35), 1-20, Acedido 20/07/2014. Disponível em:

<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>

SOARES, H. (2008). O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. (Tese de dissertação de mestrado). Porto.

Spichiger, E., Wallhagen, M., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 19(4), 303-309.

Tavares, J., & Alarcão, I. (1985). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

VIEIRA, M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência* (2ª). Lisboa: Universidade Católica.

Zagonel (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 7 (3). 25-32.

ANEXOS

Anexo I – Cronograma dos Locais de Estágio

ANOS	2013														2014								
MESES	SETEMBRO	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				MARÇO
DIAS	30	1	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20	6	13	20	27	3	10	17	24	3
		4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7
LOCAIS	Revisão Bibliográfica		Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados				Serviço de Urgência Pediátrica			Serviço de Neonatologia				FÉRIAS	UCEP		Serviço de Internamento de Pediatria			Elaboração e Apresentação do Relatório			

Anexo II – Guia Orientador das actividades do estágio

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Autor: Tânia Gonçalves Pinto

Regente: Maria Teresa de Oliveira Marçal Gonçalves Novo

Docente Orientador: Maria Filomena Abreu de Sousa

Lisboa, 2014

Índice

- 1. Nota Introdutória**
- 2. Enquadramento**
- 3. Cronograma dos Locais de Estágio**
- 4. Objetivos**
- 5. Objetivos e Respetivas Atividades**
 - 5.1. UCSP de Algés**
 - 5.2. Urgência Pediátrica/ UCEP – Hospital de São Francisco Xavier**
 - 5.3. Neonatologia – Hospital de São Francisco Xavier**
 - 5.4. Internamento de Pediatria – Hospital de São Francisco Xavier**
- Referências bibliográficas**

1. Nota Introdutória

A elaboração do presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II – Estágio com Relatório, preconizado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O guia orientador das atividades do estágio tem como finalidade fazer um breve enquadramento da temática do meu projeto de estágio, descrever os objetivos, as atividades e os recursos nos diferentes campos de estágio.

Com este estágio pretendo desenvolver competências de EEESCJ num percurso que irá de iniciado a perito. Como foco de especial atenção neste meu caminho elegi na promoção da parentalidade.

2. Enquadramento

A aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, o processo de construção e evolução enquanto enfermeiro e o reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral.

Independentemente da área de especialidade, os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios que decorre do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais. É reconhecido ao enfermeiro especialista “ (...) competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”, (REPE, 1998, p.7).

O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sendo: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, OE (2010, p.2).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem como beneficiário dos seus cuidados a criança, desde o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade e a família. O enfermeiro trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa independentemente do contexto onde ela se encontre com a finalidade de promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

Possuir capacidade de resposta na complexidade em áreas diversas, ser detentor de conhecimentos e habilidades para antecipar e agir às situações de emergência, avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente nas mudanças na saúde e dinâmica familiar é o objetivo de ação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Sendo o enfermeiro um dos profissionais que está mais próximo dos pais e a parentalidade ser um foco de enfermagem, este profissional tem um papel vital neste processo que envolve um complexo conjunto de responsabilidades. Cabe ao

enfermeiro identificar os focos de atenção e as estratégias de intervenção de enfermagem no apoio da parentalidade para que os pais possam desempenhar o seu papel positivamente (Lopes, Catarino, Dixe, 2010).

A parentalidade está definida pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2 como:

tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (OE, 2011, p.66)

Tendo em conta esta definição, as intervenções de enfermagem devem ser centradas no interesse da criança e dos pais, visando um comportamento parental positivo, proporcionando conhecimentos aos pais para a promoção da saúde e desenvolvimento da criança.

Segundo Pires (2001), a parentalidade é um desafio difícil, complexo e um dos mais importantes da comunidade humana. Enquanto adultos, ao longo da vida somos confrontados por um conjunto de mudanças significativas, tal como saída de casa dos pais, início da partilha da vida com outra pessoa, o primeiro emprego. Mas de todas as transições uma das que se destaca mais é o momento em que nos transformamos em pais ou em mães. Transmite um sentido de continuidade e responde a uma expectativa social relacionada com os papéis da idade adulta.

Para Cruz (2013) a transição para a parentalidade tem uma especificidade, que é a sua irreversibilidade, tornando-se numa condição permanente e em constante mutação. Para este autor a parentalidade é um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, socorrendo-se aos recursos na família e na comunidade. Segundo Zigler (1995) citado por Cruz a parentalidade é encarada como “a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta” (Cruz, 2013, p.14).

3. Cronograma dos Locais de Estágio

ANOS	2013												2014									
MESES	OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				MARÇO	
DIAS	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20	6	13	20	27	3	10	17	24	3	
	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	
LOCAIS	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados				Serviço de Urgência Pediátrica				Serviço de Neonatologia				FÉRIAS	UCEP	Serviço de Internamento de Pediatria				Elaboração e Apresentação do Relatório			

4. Objetivos

Os objetivos que me propus atingir neste estágio ditam aquilo que desejo alcançar. Penso que me irão ajudar na tomada de decisões quanto ao que terei de saber, ao que quero fazer, para posteriormente proceder e chegar aos resultados pretendidos.

Assim defini como objetivo geral: **Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.**

1. Identificar o papel do enfermeiro especialista na promoção da parentalidade;
2. Integrar novos conhecimentos na área da saúde da criança e do jovem para cuidar de crianças com situações complexas;
3. Adquirir capacidade de compreensão e resolução de problemas de situações de grande complexidade em contextos alargados e multidisciplinares;
4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem em situação de saúde e doença;
 - 4.1. Promover a saúde, facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade;
 - 4.2. Aperfeiçoar a capacidade de comunicação consoante o estado de desenvolvimento da criança/jovem;
5. Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas e relacionais com a promoção da parentalidade.

5. Objetivos e Respetivas Atividades

5.1. UCSP de Algés

OBJETIVO: Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Negociar a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem – estar. Comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Estabelecer redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. Apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. Trabalhar em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Realização de consultas de enfermagem. Utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. Utilização de informação existente ou avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar. Ter contacto com os recursos da comunidade que podem auxiliar em situações específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> PNSIJ Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica PNV Os enfermeiros da UCSP Contactos com outros profissionais de referência
OBJETIVO: Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Aprofundar conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. Encaminhar as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico. Identificar situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). Sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. Assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos. Avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. Facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. 	<ul style="list-style-type: none"> Consulta e leitura de literatura sobre a temática Realização de consultas de enfermagem, (a crianças saudáveis e/ou com problemas de saúde) Promoção da imunização (vacinar e notificar as crianças com o esquema do PNV em atraso). Observação da dinâmica familiar. Alertar para os sinais e sintomas que justifiquem o recurso aos diversos serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> PNSIJ Bibliografia sobre a temática DGS (2011) Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção Enfermeiro da instituição

OBJETIVO: Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. • Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança. • Transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta e leitura de literatura sobre a temática - Realização de consultas de enfermagem (potenciar a relação pais/filho numa atitude empática, flexível e não prescritiva). - Utilização de instrumentos de avaliação, aplicação da escala Mary Sheridan. - Registrar os dados obtidos no Boletim Infantil e Juvenil. - Realização de sessões para a saúde de acordo com as necessidades da população 	<ul style="list-style-type: none"> • Convenção sobre os Direitos das Crianças • PNSJ • Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica • Hockenbery (2011) • Enfermeiro da instituição
OBJETIVO: Promover a vinculação do RN com os pais.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. • Utilizar estratégias para promover o contacto físico pais/RN. • Promover a amamentação. • Negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta e leitura de literatura sobre a temática - Realização de consultas de enfermagem. - Realização de sessões para a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica • Enfermeiro da instituição
OBJETIVO: Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. • Relacionar-me com a criança/jovem e família tendo em conta as suas crenças e a sua cultura. • Aprofundar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta e leitura de literatura sobre a temática - Realização de consultas de enfermagem. - Observação 	<ul style="list-style-type: none"> • Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica • Enfermeiro da instituição
OBJETIVO: Promover a autoestima do adolescente e a autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Negociar o contrato de saúde com o adolescente • Facilitar a comunicação expressiva de emoções. • Reforçar a imagem corporal positiva se necessário. • Identificar os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. • Reforçar a tomada de decisão responsável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de consultas de enfermagem. - Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OBJETIVO: Identificar as competências parentais sugestivas de parentalidade positiva / negativa		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o desenvolvimento da parentalidade. • Identificar a parentalidade comprometida. • Acompanhar uma criança sinalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e identificação das dimensões do exercício da parentalidade. - Apoiar e estimular o exercício das responsabilidades parentais. - Identificação dos procedimentos a ter em conta numa criança sinalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de identificação das dimensões do exercício da parentalidade • Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR Oeiras Oriental) • Enfermeiro da instituição

5.2. Urgência Pediátrica/UCEP – Hospital de São Francisco Xavier

1 OBJETIVO: Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte. • Adquirir conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer leituras relativas sobre situação de desvios de saúde. - Utilizar a metodologia científica na prestação de cuidados à criança e família. - Colaborar na prestação de cuidados em situações de emergência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia • Enfermeiro da instituição
2 OBJETIVO: Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. • Encaminhar as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. • Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico. • Identificar situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). • Sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. • Assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos. • Avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. • Promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer leituras relativas sobre situação de desvios de saúde. - Utilizar a metodologia científica na prestação de cuidados à criança e família. - Colaborar na prestação de cuidados à criança e família 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia • Enfermeiro da instituição
3 OBJETIVO: Identificar competências parentais sugestivas de parentalidade positiva / negativa.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as competências parentais dos pais que recorrem ao serviço de urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer leituras relativas sobre parentalidade. - Realização de documento que me permitam identificar as competências parentais. - Fazer registos sobre as competências parentais identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia sobre a temática • Documento em construção

4 OBJETIVO: Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Negociar a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem – estar. • Comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. • Utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. • Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. • Procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. • Utilizar a informação existente ou avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar. • Estabelecer redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. • Trabalhar em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer leituras relativas à família e conhecer os recursos de suporte. - Utilizar a metodologia científica na prestação de cuidados à criança e família. - Colaborar na prestação de cuidados à criança e família 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia sobre a temática • Enfermeiro da instituição

5.3. Neonatologia – Hospital de São Francisco Xavier

1 OBJETIVO: Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. Demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. Aplicar conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto. 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer leituras relativas sobre situação de desvios de saúde. Utilizar a metodologia científica na prestação de cuidados à criança situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e família. Colaborar na prestação de cuidados em situações de emergência. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia sobre a temática Enfermeiro da instituição
2 OBJETIVO: Identificar competências parentais sugestivas de parentalidade positiva / negativa.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Identificar as competências parentais dos pais que recorrem ao serviço de neonatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer leituras relativas sobre a parentalidade. Utilizar documentos que me permitam identificar as competências parentais. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia sobre a temática Enfermeiro da instituição Consulta bibliográfica
3 OBJETIVO: Promover a vinculação de forma sistemática, do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o desenvolvimento da parentalidade. Adquirir conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. Utilizar estratégias promotoras de esperança realista. Utilizar estratégias para promover o contacto físico pais/RN. Promover a amamentação. Negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. Gerir o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer leituras relativas sobre a vinculação. Utilizar a metodologia científica na prestação de cuidados à criança e família. Colaborar na prestação de cuidados à criança e família. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia sobre a temática Enfermeiro da instituição
4 OBJETIVO: Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança. Transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer leituras relativas sobre o crescimento e o desenvolvimento. Utilizar a metodologia científica na prestação de cuidados à criança e família. Colaborar na prestação de cuidados à criança e família. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia sobre a temática Enfermeiro da instituição

5.4. Internamento de Pediatria – Hospital de São Francisco Xavier

1 OBJETIVO: Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança. Transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Promover a auto estima e a auto determinação do adolescente nas escolhas relativas à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Prestar cuidados à criança e à família. Utilizar a metodologia científica na prestação de cuidados à criança e família. Avaliar o crescimento e o desenvolvimento e interpretar. Orientar as famílias nas situações de desvio de crescimento/desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia sobre a temática Enfermeiro da instituição
2 OBJETIVO: Promover a parentalidade.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Identificar competências parentais sugestivas de parentalidade positiva / negativa. Avaliar o desenvolvimento da parentalidade. Atuar nos desvios à parentalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as competências parentais utilizando documento construído por mim que me permite: <ul style="list-style-type: none"> Fundamentar Interpretar Refletir Orientar Reflexão sobre a praxis. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia sobre a temática Enfermeiro da instituição Documento construído
3 OBJETIVO: Cuidar da criança/jovem e família nas situações de saúde de especial complexidade.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Promover a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. Aplicar conhecimentos sobre saúde e bem -estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. Aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. Demonstrar conhecimentos sobre doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. Procurar evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras. Capacitar a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. Demonstrar na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. Promover a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. Adequar o suporte familiar e comunitário. Referenciar crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar pesquisa bibliográfica. Prestar de cuidados à criança e à família. Interpretar resultados. Orientar as crianças e as suas famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia sobre a temática Enfermeiro da instituição

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

Lopes, M.; Catarino, H.; & DIXE M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*. (1).109-118.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (1998). *REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro): Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril) [Em linha]*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pires, A. (2001). *Crianças (e Pais) em Risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Anexo III – Para uma Parentalidade Positiva

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA

Autor: Tânia Gonçalves Pinto

Regente: Maria Teresa de Oliveira Marçal Gonçalves Novo

Docente Orientador: Maria Filomena Abreu de Sousa

Lisboa, 2014

1. PRINCIPAIS CONCEITOS (COUNCIL OF EUROPE, 2008, P.144)

Criança - designa crianças e jovens menores de 18 anos;

Pais - designa pai e/ou mãe bem como outras pessoas titulares da autoridade e da responsabilidade parental;

Parentalidade - integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidar e educar as suas crianças. A Parentalidade centra-se na relação pais-filhos e integra direitos e deveres para o desenvolvimento e autovalorização das crianças;

Parentalidade Positiva - refere-se a um comportamento parental fundado no respeito pelos direitos da criança que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas através da proteção dos riscos e a criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia.

Assim, define como conteúdo da parentalidade positiva:

- a) Comportamento parental baseado no superior interesse das crianças;
- b) Parentalidade orientada para um desenvolvimento integral e equilibrado das crianças, proporcionando-lhes todos os instrumentos necessários no sentido de que estas se venham a tornar adultos socialmente integrados e responsáveis;
- c) Comportamento parental afetuoso e não violento, proporcionando um apoio adequado às crianças e o reconhecimento do seu valor, das suas capacidades e das suas necessidades;
- d) Criação de metas, orientações e objetivos conducentes a potenciar o pleno desenvolvimento da criança, estimulando e maximizando todas as suas aptidões e capacidades.

A Convenção dos Direitos da Criança (ONU/UNICEF, 1990) preconiza, no seu artigo 27º, que é da responsabilidade parental e de outros cuidadores assegurar, de acordo as suas competências e capacidades financeiras, as condições de vida necessárias para o desenvolvimento da criança. Histórica e politicamente, é esperado que os progenitores facilitem o desenvolvimento dos seus descendentes ao nível físico, psicológico e social.

A parentalidade está definida pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2 como:

tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (OE, 2011, p.66)

2. FUNDAMENTAÇÃO (COUNCIL OF EUROPE, 2008)

- As famílias são um espaço fundamental de aprendizagem, experimentação e de reforço da coesão social. Contribuindo, de forma decisiva, para o desenvolvimento das crianças e para a sua socialização, o papel social das famílias reveste-se de extrema importância.
- As famílias continuam a ser a instituição com o papel de transmitir valores e comportamentos, espaço de segurança e proteção para os seus elementos.
- As famílias não dependem apenas de fatores internos mas igualmente da influência do contexto social, económico e cultural, dado que os novos estilos de vida trouxeram para a sua existência uma nova preocupação – o cuidado das crianças.
- A Carta Social Europeia do Conselho da Europa, consagra que as famílias têm direito a uma proteção social, jurídica e económica para que possa desenvolver-se plenamente.
- No direito internacional, desde a Declaração dos Direitos da Criança em 1959, o interesse do menor tornou-se um princípio fundamental no qual se inspiraram as legislações nacionais, encontrando este princípio um posterior alargamento do âmbito da sua aplicação com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 1989.
- Nos próprios termos da Constituição da República Portuguesa, o Estado deve promover, fomentar e incentivar o desenvolvimento de uma política que proteja e valorize as famílias e que possibilite a realização pessoal dos seus membros, baseada no respeito pela identidade e autonomia das famílias.
- A parentalidade é porventura uma das tarefas mais desafiantes da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais cruciais das vidas dos filhos, estando os seus componentes ou sejam, os comportamentos, as cognições e os afetos filiais, intrinsecamente ligados entre si.
- A parentalidade positiva confere uma enorme responsabilidade no respeito pela dignidade e direitos das crianças, cabendo aos pais assegurar um ambiente familiar acolhedor, seguro, de responsabilidade e de empenho mútuo por parte de todos os membros da família, bem como de aprendizagem positiva e de disponibilidade para com a criança, utilizando uma disciplina assertiva. Devem ainda procurar garantir as condições necessárias ao exercício da sua missão enquanto progenitores, na educação e no desenvolvimento das suas crianças.
- Como está consagrado na Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas, a criança tem direito ao bem-estar, à proteção, à segurança e a uma educação que respeite a sua individualidade. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com os filhos bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais. Uma atitude que reconheça a criança como pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture e responsabilize, que a valorize ajudando-a a adquirir autoestima, promovendo o seu bem-estar.

- Esta Convenção, da mesma forma que impõe obrigações aos pais estabelece os deveres por parte dos poderes públicos e da comunidade no apoio às famílias.

- Existe um crescente interesse, a nível da União Europeia, pelas políticas de apoio à criança e às famílias, bem como uma maior disposição para um envolvimento institucional em áreas tradicionalmente encaradas como pertencentes ao domínio privado dos indivíduos. Esse interesse abrange a promoção de programas que criem condições de inclusão para as crianças e suas famílias e, ainda, o desenvolvimento de medidas promotoras de uma parentalidade positiva.

- Este clima de mudança foi potenciado pela persistência de níveis inaceitáveis de pobreza infantil na Europa e pela preocupação em quebrar o ciclo de pobreza entre gerações.

- No campo da parentalidade positiva, o Conselho da Europa considerou que uma educação não violenta é uma verdadeira questão dos Direitos do Homem, entendendo como essencial que os Estados garantam os Direitos das Crianças enquanto indivíduos redefinindo não só o lugar das crianças na Sociedade como a própria relação entre pais e filhos. Foi acordado que o conceito de parentalidade positiva engloba a necessidade de abolição dos castigos corporais e a proteção contra todas as formas de violência, incluindo o abuso de crianças no seio das próprias famílias, salientando que não só os Estados têm responsabilidade neste domínio mas que igualmente recaem responsabilidades sobre as próprias famílias e todos os membros da comunidade.

- O reconhecimento legal de uma relação de filiação constitui-se como o primeiro passo para estabelecer os direitos das crianças e as responsabilidades dos pais, que vão muito além dos aspetos básicos, nomeadamente, o de proporcionar um ambiente de crescimento afetivo, seguro, estimulante e moralmente adequado, de modo a criar cidadãos responsáveis, num quadro de valores e de princípios adequados, sendo esta responsabilidade repartida por ambos os pais.

- Sabendo-se que constituem aspetos protetores aqueles que tornam as famílias menos vulneráveis, promovendo a qualidade de vida dos seus membros, os pais devem assegurar fatores protetores individuais, familiares e sociais de suporte, como sejam:

Fatores Protetores Individuais

- Atividade física
- Autoconfiança
- Boas competências de comunicação
- Boas competências de resolução de problemas
- Desenvolvimento sensório-motor e de linguagem adequados
- Adequada compreensão e boas competências verbais, de escrita e de leitura
- Capacidade de captar a atenção de quem cuida
- Flexibilidade
- Capacidade de gerir as emoções
- Procura de contacto

Fatores Protetores Familiares

- Adequado estabelecimento de regras e estruturação
- Comunicação franca e aberta
- Ampla atenção do prestador de cuidados no primeiro ano de vida
- Coesão familiar
- Ausência de conflito parental
- Pais confiantes e positivos
- Bom relacionamento com a família alargada
- Meio familiar apoiante, seguro e protetor
- Ambiente físico adaptado, saudável e seguro.

Fatores Protetores Sociais de Suporte

- Adulto próximo com quem partilhar experiências
- Companheiros e amigos que deem apoio
- Bons cuidados prestados por terceiros (Instituições, escola, etc.)
- Dedicção a uma causa
- Integração religiosa, cultural, social e desportiva
- Figura de suporte e modelo de identificação
- Fontes informais de suporte (professores, vizinhos, religiosos, entre outros)
- Reconhecimento positivo das suas atividades
- Ambiente social seguro

Na Recomendação do Conselho da Europa de 13-12-2006 sobre parentalidade positiva propunha-se o reconhecimento das responsabilidades parentais e a necessidade de proporcionar aos pais o suporte adequado para que estes as possam cumprir plenamente.

3. PRINCÍPIOS PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA (COUNCIL OF EUROPE, 2008)

Os Princípios para uma Parentalidade Positiva traduzem-se em políticas e medidas de apoio à parentalidade subordinadas aos seguintes princípios:

1. *Reconhecer todas as crianças e todos os pais como titulares de Direitos e sujeitos a obrigações;*
2. *Reconhecer os pais como primeiros e principais responsáveis pela criança devendo respeitá-la de acordo com os seus direitos. Cabe ao Estado intervir para proteger a criança;*
3. *Reconhecer como positiva e necessária a cooperação entre os pais e outros agentes de socialização das crianças, nomeadamente o próprio Estado;*

4. *Assegurar que os pais e as crianças sejam envolvidos na elaboração e aplicação das políticas e medidas que lhes são destinadas;*
5. *Promover a igualdade de oportunidades de ambos os progenitores no exercício da parentalidade positiva, no respeito da sua complementaridade;*
6. *Reconhecer a necessidade de condições de vida que permitam aos pais a sua realização pessoal e que sejam adequadas ao exercício da parentalidade positiva, nomeadamente a independência social e económica e o acesso aos bens e equipamentos de apoio às famílias;*
7. *Respeitar as diferentes formas de parentalidade e de situações parentais através de uma abordagem pluralista;*
8. *Reforçar a parentalidade positiva através de mecanismos incentivadores que aproveitem o potencial natural dos pais;*
9. *Conceber os mecanismos de reforço à parentalidade positiva numa perspectiva de longo prazo de forma a garantir a sua sustentabilidade;*
10. *Garantir redes adequadas de apoio à parentalidade positiva com padrões de qualidade reconhecidos e imparciais e segundo este conjunto de princípios comuns aos diversos níveis de atuação;*
11. *Assegurar uma cooperação intersectorial aos diversos níveis iniciando e coordenando neste domínio as ações dos diferentes agentes envolvidos, com o fim de aplicar uma política global e coerente;*
12. *Promover a cooperação internacional e facilitar a troca de conhecimentos, experiências e boas práticas em matéria de parentalidade positiva*

4. RECOMENDAÇÕES PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA (COUNCIL OF EUROPE, 2008)

1. Compromisso - Os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças. É imprescindível que pai e mãe, no exercício activo de uma parentalidade positiva, desenvolvam uma rotina diária da interacção focalizada em cada um dos seus filhos, dado que a qualidade do tempo individual é o que lhes confere a sensação de serem especiais, valorizadas interiormente e com elevada auto-estima, dentro de um quadro de valores e princípios conducente a tornarem-se cidadãos socialmente válidos e responsáveis.

2. Disciplina Assertiva - Os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, contribuindo, através deste exercício positivo da parentalidade, para que estes se tornem adultos emocionalmente saudáveis, cooperantes, sociáveis e responsáveis e inculcando nos filhos maneiras construtivas de lidar com o conflito humano, sem degenerar em comportamentos agressivos e violentos.

3. Ambiente Emocional - Os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de reconhecimento e apreço, porque são as expressões parentais do amor e do entusiasmo que fornecem a nutrição emocional vital para o desenvolvimento saudável das crianças, nomeadamente para o desenvolvimento da auto-estima e do amor-próprio, e para a estimulação do desenvolvimento intelectual.

As crianças constroem a sua auto-imagem, em larga medida, a partir da percepção que têm dos sentimentos dos seus pais para com elas, pelo que o facto de os pais elogiarem e apreciarem os esforços dos filhos quando estes têm sucesso e quando falham, dá origem a um poderoso reforço do carácter, da auto-motivação e traz-lhes a alegria de realização.

Todas as formas de violência física e verbal assim como a negligência, que é igualmente uma forma de violência, devem ser excluídas do exercício de uma parentalidade positiva pois são profundamente traumáticas para os filhos e colocam em causa o princípio fundamental de que a criança precisa de ser aceite e amada.

4. Ambiente Físico - Os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança, permitindo-lhe explorar, experimentar, de maneira lúdica e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para sua saúde física ou mental.

O ambiente físico é representado por tudo aquilo que a criança tem ao alcance dos seus sentidos materiais, para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso, desde os objectos que manuseia, até as características visuais e os ruídos.

Assim e para um bom desenvolvimento, é importante que o meio físico favoreça a liberdade de movimento e de expressão das crianças, que eles se sintam à vontade para o trabalho, o estudo, a pesquisa, o jogo, a brincadeira e a descoberta.

5. Sentido de Inclusão na Família - É muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois esse sentimento de pertença ao núcleo familiar permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar, sendo escutadas e expressando os seus pontos de vista.

6. Confiança Mútua - Ambos, pais e criança, se devem olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade.

Neste contexto, os pais devem considerar que toda a confiança deve ser mútua e que a criança precisa de manifestações de confiança, nomeadamente no reconhecimento e respeito da sua esfera particular.

Em todos os momentos, deverá ser procurado um clima de amizade que favoreça o diálogo e a entre-ajuda.

7. Exemplos positivos - Os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis.

Deverão assim pautar o seu comportamento e atitudes por padrões morais, éticos, profissionais, humanos, familiares e culturais ao nível mais elevado possível, a fim de se constituírem como um exemplo irrepreensível para os seus filhos.

8. Orientação e Instrução - Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais com o objetivo de poderem definir objetivos motivadores para as suas crianças, no sentido de promover a sua progressiva autonomia e responsabilização.

Exige um cuidado especial introduzir uma nova tarefa ou responsabilidade para a criança, a fim de evitar a sua desmotivação. Constitui um estímulo para a criança aprender com o seu próprio esforço. Cada nova realização é um passo em frente.

Torna-se essencial que os pais promovam a auto-motivação da criança e a sua satisfação interior através da realização dos objetivos bem como do encorajamento e do elogio.

Nas suas práticas educativas devem, também, promover os valores inerentes à cidadania, designadamente a igualdade de oportunidades

5. REFERENCIAIS NA CONSTRUÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA PARENTALIDADE POSITIVA (COUNCIL OF EUROPE, 2008)

- A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança ratificada por Portugal e cujos princípios base devem guiar sempre a educação das crianças;

- A Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais do Conselho da Europa (STE n.º 5), que protege os direitos de todos os Seres Humanos, incluindo os das Crianças;

- A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000), onde se reconhece expressamente os direitos da criança;

- A Constituição da República Portuguesa, nos seus Artigos 16.º, 36.º e 67.º a 70.º,

- A Carta Social Europeia (STE n.º 35) e a Carta Social Europeia revista (STE n.º 163), que estabelece, no seu Artigo 16.º, que “a família, enquanto célula fundamental da Sociedade tem direito à protecção social, jurídica e económica apropriada para garantir o seu pleno desenvolvimento”;

- A Convenção Europeia sobre o Exercício dos Direitos das Crianças (STE n.º 160);

- A Convenção sobre as Relações Pessoais relativas às Crianças (STE n.º 192);

- O Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE), plano de acção europeu sobre ambiente e saúde para as crianças, adoptado em 2004 na IV Conferência de Ministros do Ambiente e da Saúde;

- As Recomendações do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Membros:

- Recomendação R (84) 4 relativa às responsabilidades parentais;
- Recomendação R (85) 4 sobre a violência na família;
- Recomendação R (87) 6 sobre famílias de acolhimento;
- Recomendação R (94) 14 sobre políticas de família coerentes e integradas;
- Recomendação R (96) 5 sobre a conciliação entre vida profissional e familiar;
- Recomendação R (97) 4 sobre os meios de assegurar e de promover a saúde das famílias monoparentais;
- Recomendação R (98) 8 sobre a participação das crianças na vida familiar e social;
- Recomendação Rec (2005) 5 relativa aos direitos das crianças que vivem em Instituições;
- Recomendação Rec (2006) 5 sobre o Plano de Acção da Europa para a promoção dos direitos e da plena participação das pessoas com deficiência na Sociedade: melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência na Europa 2006-2015;
- Recomendação Rec (2006) 19 relativa às políticas de apoio à parentalidade positiva.

- As Recomendações da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa:

- Recomendação 751 (1975) relativa à situação e às responsabilidades dos pais na família moderna e o papel da sociedade neste domínio;
- Recomendação 1074 (1988) relativa à política da família;
- Recomendação 1121 (1990) relativa aos direitos das crianças;
- Recomendação 1286 (1996) seguimento da Estratégia Europeia para as Crianças;

- Recomendação 1443 (2000) sobre o respeito dos direitos da criança na adopção internacional;

- Recomendação 1501 (2001) sobre a responsabilidade dos pais e dos professores na educação das crianças;

- Recomendação 1551 (2002) - Construir no Século XXI uma sociedade com e para as crianças;

- Recomendação 1601 (2003) - Melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de crianças abandonadas nas Instituições;

- Recomendação 1639 (2003) sobre Mediação Familiar e Igualdade de Sexos;

- Recomendação 1666 (2004) sobre a proibição dos castigos corporais nas crianças na Europa;

- Recomendação 1698 (2005) relativa aos Direitos das Crianças em Instituições

- O compromisso assumido na 3.^a Cimeira de Chefes de Estado e do Governo do Conselho da Europa (Varsóvia, Polónia, Maio de 2005) de respeitar plenamente as obrigações da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de promoverem efectivamente estes Direitos e de adoptarem medidas especiais para erradicar todas as formas de violência sobre as crianças;

- O Comunicado Final e a Declaração Política resultante da XXVIII Conferência dos Ministros Europeus responsáveis pelos assuntos da família, (Lisboa, Portugal, 16-17 de Maio de 2006) onde se reconhece que a parentalidade deve ser considerada igualmente relevante no domínio das políticas públicas e que todas as medidas necessárias devem ser adoptadas para apoiar a parentalidade e criar condições necessárias ao exercício de uma parentalidade positiva, comprometendo-se a promover e prosseguir uma política comum no domínio dos assuntos familiares e dos direitos da criança no seio do Conselho da Europa;

- O Programa: “Construir uma Europa para e com as Crianças”, lançado no Mónaco em 4 e 5 de Abril de 2006;

- As prioridades definidas pelo XVII Governo Constitucional que reconhece o contributo imprescindível das famílias para a coesão, o equilíbrio social e o desenvolvimento sustentável do nosso País e assumiu a necessidade da definição de políticas públicas de apoio às famílias e à criança assentes no princípio da primazia dos direitos humanos;

- O III Plano Nacional para a Igualdade - Cidadania e Género (2007-2010) que tem, nomeadamente por objetivos, a promoção da maternidade e da paternidade responsáveis, da conciliação entre a atividade profissional, vida familiar e pessoal, da integração da dimensão de género na formação e na qualificação profissional dos diversos agentes de educação e formação bem como na educação formal e não formal, e a promoção de um ambiente favorável à integração da igualdade de género no domínio da administração da Justiça;

- O III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010) que tem por objetivos, designadamente, a sensibilização das famílias sobre a necessidade de adotarem estratégias educativas alternativas à violência, através de uma melhor comunicação intrafamiliar que facilite a adoção de novos códigos de disciplina parental.

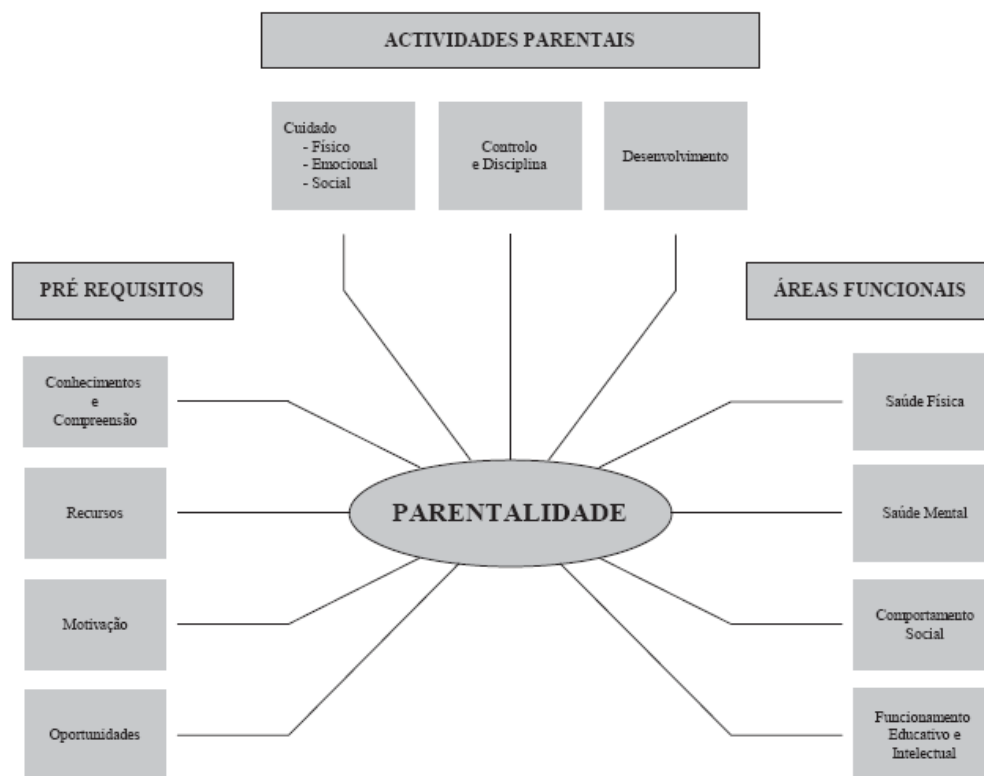
6. DIMENSÕES DA PARENTALIDADE

De acordo com Barroso e Machado (2011), Hoghughi preconiza a existência de onze dimensões da parentalidade no seu modelo que permite:

- Determinar as capacidades e competências parentais para efeitos de investigação;
- Avaliar as práticas parentais.

Segundo este modelo, a parentalidade subdivide-se em *Atividades parentais* (conjunto de atividades necessárias para uma parentalidade suficientemente adequada), *Áreas funcionais* (principais aspetos do funcionamento da criança) e *Pré-requisitos* (conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento da atividade parental).

Figura 1. Dimensões da parentalidade. Adaptado de Hoghughi (2004).



Fonte: Barroso e Machado (2011), adaptado de Hoghughi (2004).

INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO

DIMENSÕES				NOTAS
ATIVIDADES PARENTAIS	Cuidado	Físico	<ul style="list-style-type: none">Alimentação, proteção, vestuário, higiene, hábitos de sono, prevenção de acidentes ou de doenças.	
		Emocional	<ul style="list-style-type: none">Comportamentos e atitudes que asseguram o respeito pela criança como indivíduo. Interação positiva entre a criança e o ambiente (físico e interpessoal).	
		Social	<ul style="list-style-type: none">Garantir que a criança não seja isolada dos seus pares ou adultos significativos no curso do seu desenvolvimento	
	Controlo e Disciplina	<ul style="list-style-type: none">Imposição de limitesSupervisão na realização de atividades		
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Promoção de competências desportivas, artísticas e/ou culturaisInculcar de valores (tolerância, honestidade, coragem e respeito)		
ÁREAS FUNCIONAIS	Saúde Física	<ul style="list-style-type: none">Prevenção de doençaProporcionar oportunidades para um crescimento positivo		
	Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none">Pensamentos, sentimentos e comportamentos que a criança manifesta em relação a si própria e aos outros		
	Comportamento Social	<ul style="list-style-type: none">Promover a aquisição de competências de resposta apropriada nos relacionamentos sociaisReconhecimento de normas culturais		
	Funcionamento Educativo e Intelectual	<ul style="list-style-type: none">Incrementar a aquisição de conteúdos académicos e potenciar as competências educacionais, de trabalho e de resolução de problemas		
PRÉ REQUISITOS	Conhecimentos e Compreensão	<ul style="list-style-type: none">Reconhecer as “necessidades” dos seus filhos ao longo do ciclo de vida, podendo passar pela deteção do aparecimento de um problema na criança ate ao aconselhamento ou encorajamento positivo		
	Recursos	<ul style="list-style-type: none">Qualidades parentaisProgramas parentaisRedes sociaisRecursos materiais		
	Motivação	<ul style="list-style-type: none">Relacionada com os papéis sociais e a identidade de cada um dos progenitoresSubsistência e equilíbrio económicoFatores culturais		
	Oportunidades	<ul style="list-style-type: none">Tempo necessário para que os pais exerçam da melhor forma as suas atividades parentais		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia Geral nas Nações Unidas (1989). *A convenção sobre os Direitos da Criança*. Portugal: Unicef

Barroso, R; & Machado, C. (2011). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*. (52). 211-230.

Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg. Council of Europe Publishing.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Anexo IV - Instrumento de observação à identificação das Dimensões do
Exercício da Parentalidade

INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO À IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE

DIMENSÕES			
ATIVIDADES PARENTAIS	Cuidado	Físico	<ul style="list-style-type: none"> Alimentação, proteção, vestuário, higiene, hábitos de sono, prevenção de acidentes ou de doenças.
		Emocional	<ul style="list-style-type: none"> Comportamentos e atitudes que asseguram o respeito pela criança como indivíduo. Interação positiva entre a criança e o ambiente (físico e Interpessoal).
		Social	<ul style="list-style-type: none"> Garantir que a criança não seja isolada dos seus pares ou adultos significativos no curso do seu desenvolvimento
	Controlo e Disciplina	<ul style="list-style-type: none"> Imposição de limites Supervisão na realização de atividades 	
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Promoção de competências desportivas, artísticas e/ou Culturais Inculcar de valores (tolerância, honestidade, coragem e respeito) 	
ÁREAS FUNCIONAIS	Saúde Física	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção de doença Proporcionar oportunidades para um crescimento positivo 	
	Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> Pensamentos, sentimentos e comportamentos que a criança manifesta em relação a si própria e aos outros 	
	Comportamento Social	<ul style="list-style-type: none"> Promover a aquisição de competências de resposta apropriada nos relacionamentos sociais Reconhecimento de normas culturais 	
	Funcionamento Educativo e Intelectual	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar a aquisição de conteúdos académicos e potenciar as competências educacionais, de trabalho e de resolução de problemas 	
PRÉ REQUISITOS	Conhecimentos e Compreensão	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer as "necessidades" dos seus filhos ao longo do ciclo de vida, podendo passar pela deteção do aparecimento de um problema na criança até ao aconselhamento ou encorajamento positivo 	
	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Qualidades parentais Programas parentais Redes sociais Recursos materiais 	
	Motivação	<ul style="list-style-type: none"> Relacionada com os papéis sociais e a identidade de cada um dos progenitores Subsistência e equilíbrio económico Fatores culturais 	
	Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> Tempo necessário para que os pais exerçam da melhor forma as suas atividades parentais 	

Anexo V – Questionário

QUESTIONÁRIO

Idade do acompanhante_____

Relação de Parentesco com a criança_____

Profissão_____

Idade da criança_____

Necessidades de Formação:

- ☐ Alimentação /aceitamento materno
- ☐ Higiene (Banho Bebe, coto umbilical...)
- ☐ Saúde oral
- ☐ Sono (hábitos de Sono, rituais de adormecimento, cama e quartos próprios, posição de deitar)
- ☐ Hábitos intestinais e cólicas
- ☐ Desenvolvimento, Temperamento e Relacionamento
- ☐ Acidentes, Prevenção e Segurança
- ☐ Sinais e sintomas que justifiquem recorrer aos serviços de saúde
- ☐ Conduta face a sinais e sintomas comuns (febre, choro, obstrução nasal, dificuldade respiratória, vômitos, diarreia, obstipação entre outros)
- ☐ Vacinação / Reações às vacinas
- ☐ Estilos de vida saudáveis (brincar, passear, dormir desenhar, hábitos de televisão)
- ☐ Outros:_____

Obrigado pela Colaboração

Tânia Pinto, aluna 4ºCMSIP, ESEL

Anexo VI - Folheto “Cuidados e higiene e conforto do bebé”

CUIDADOS AO COTO UMBILICAL

O coto umbilical é o cordão umbilical que antes garantia a alimentação dentro do útero. Agora que foi cortado, tem uma mola e chama-se coto. Após alguns dias seca, endurece e acaba por cair. Para que este processo ocorra sem intercorrências, devem ter alguns cuidados de higiene específicos:

- ✓ Devem prevenir a humidade;
- ✓ Depois do banho, humedecem um cotonete em álcool a 70% e passem cuidadosamente no coto, principalmente na parte de baixo (realizar sempre após cada muda de fralda). Este procedimento não causa dor. Se o bebé chorar, provavelmente será pelo contacto com o álcool que é frio;

- A fralda não deve cobrir o coto.

Se a fralda não tiver o formato próprio para não tapar o coto umbilical, faça uma pequena dobra.

Tornem o banho do vosso bebé um momento lúdico e de interacção!



UCPS Algés



CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO DO BEBÉ



Elaborado por: Enfª Tânia Pinto no âmbito do 4º CMESIP, ESEL e revisão por Enfª Rosário Dias

Outubro, 2013

COMO MANTER SÃ A PELE DO VOSSO BEBÉ

Com os problemas cutâneos, mais vale prevenir do que curar. O vosso filho nasce com uma pele perfeita e se seguir estes conselhos, ajudará a mantê-la saudável.

A crosta láctea

Muito frequentemente os bebés apresentam crostas amarelas ou esbranquiçadas no couro cabeludo, a que se dá o nome de crostas lácteas.

Para as eliminar irão precisar de:

- ✓ Oleo para bebé em emulsão misturado com água;
- ✓ Champô para bebé;
- ✓ Compressa ou algodão;
- ✓ Escova para bebés.



Cerca de uma hora antes do banho, apliquem um pouco de óleo na cabeça do bebé com uma compressa ou algodão, a fim de amolecer as crostas.

Durante o banho lavem a cabeça com o champô.

Após o banho, removam as crostas amolecidas com a escova macia do bebé.

COMO DAR O BANHO

É fundamental que segurem bem o vosso bebé durante o banho, uma vez que ao estar molhado, ele fica muito escorregadio. Passem o braço por debaixo da nuca do bebé e segurem-no pelo ombro mais distante, com a outra mão agarrem as pernas.



Depois de o terem colocado cuidadosamente na água, podem soltar-lhe os pés, mas devem manter seguro o braço do bebé, servindo também o braço de apoio à cabeça do bebé.



Lavem primeiro a cara do bebé com água limpa. Depois apliquem uma pequena quantidade de gel de banho na esponja ou na água, façam espuma e comecem a lavar o bebé. O procedimento de lavagem deve ser iniciado pelo pescoço, depois o peito, a barriga, os braços e as pernas, as costas, e só então a cabeça. Lavar bem as pregas do pescoço, das axilas e da virilha, bem como as dobras dos cotovelos, dos joelhos e as mãos.

Os genitais devem ser lavados e passados por água com o máximo cuidado. A fim de evitar infeções, lavem essa zona de frente para trás (primeiro passar o toalhete entre os lábios vaginais/pénis e só depois no rabinho... nunca fazer o procedimento inversamente). Nas meninas, lave bem todas as dobras entre os lábios vaginais e, nos meninos, lave cuidadosamente o pénis, o escroto e a área em redor do ânus.

Para lavar a cabeça do bebé, molhem o cabelo a partir da testa em direção à nuca com a mão que está livre. Massajem toda a cabeça com o champô.

No final, certifiquem-se que retiraram todo o gel de banho e champô da pele do bebé.



Tenham cuidado, o bebé está molhado e muito escorregadio.

Tirem-no da água utilizando, de novo, as duas mãos e envolva-o imediatamente numa toalha.

NOTA: Antes do banho devem ter junto de vocês a roupa que vai vestir ao seu filho, por ordem de utilização.

Anexo VII – Apresentação “Cuidados de higiene, conforto e segurança do
bebé”

Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê



UCSP de Algés
Enfermeira Orientadora - Rosário Dias - Especialista em Saúde Infantil
Aluna 4ª CMESIP – ESEL - Tânia Pinto

Cuidados de Higiene, Conforto e Segurança do Bebê

- Objetivos:

- Identificar as fases do banho ao bebê;
- Conhecer a técnica do banho ao bebê;
- Aprender o correto posicionamento no berço;
- Conhecer o transporte seguro do bebê.



15-10-2013

Tânia Pinto - 4ª CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

- Fases do Banho:

- Preparar o ambiente;
- Preparar o material;
- Executar a técnica do Banho.



15-10-2013

Tânia Pinto - 4ª CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Preparar o ambiente para o banho:

- Temperatura do ambiente: 24 a 25°C
- Duração do banho: <=5 minutos



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Banheira



15-10-2013



Cyber/Industria



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL



Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Toalha



15-10-2013



Tânia Pinto

Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Cobertor



15-10-2013



Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL



Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Sabão Neutro (pH=5.5 sem perfume nem conservantes) ou sabão de glicerina



15-10-2013



Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Escova macia ou pente (facultativo)



15-10-2013



Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Compressas esterilizadas (facultativo)
- Soro fisiológico (facultativo)



15-10-2018



Tânia Pinto - 48 CINESIP - ESEL



Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Esponja ou manápula macia (facultativo)



15-10-2018



Tânia Pinto - 48 CINESIP - ESEL



ADAM

Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Champô neutro (facultativo)
- Creme ou óleo hidratante (facultativo)



15-10-2018



Tânia Pinto - 48 CINESIP - ESEL



Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Fralda



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Roupa limpa (Baby-grow, meia-calça)



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Material necessário para o banho:

- Tesoura de pontas redondas
- Termómetro



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

1. A mãe deve retirar todos os adornos e lavar as mãos



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

2. Encher a banheira com água tépida – 37°C
(1º colocar a água fria e depois a água quente)



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

3. Despir o bebê sem retirar a fralda e envolvê-lo numa toalha macia



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

4. Lavar o rosto (apenas com água limpa) antes de colocar o bebê na banheira



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

5. Limpar os olhos da região externa para a região interna para retirar as secreções



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

6. Lavar o couro cabeludo, apoiando as costas do bebê com o antebraço e a cabeça com a mão, ensaboar com o champô, sabão neutro ou de glicerina e enxaguar



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

7. Secar a cabeça com movimentos suaves e pentear o cabelo com uma escova macia



15-10-2013

Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

8. Retirar a fralda e se tiver dejeção, deve-se limpar com compressas



15-10-2013

Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

9. Colocar o bebê dentro da banheira, lentamente para não o assustar



15-10-2013

Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

10. Colocar a mão por debaixo das costas e segurar firmemente a parte superior do braço esquerdo, ficando a cabeça apoiada no braço da mãe



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL



Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

11. Lavar o pescoço, peito, braços, axilas, barriga e pernas
12. Lavar as costas, segurando na parte superior do braço direito
13. Lavar os genitais no sentido de cima para baixo e da frente para trás



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL



Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

14. Envolver o bebê na toalha e secar conveniente, podendo aplicar-se um creme ou óleo hidratante



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL



Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

15. Limpar o coto umbilical com compressas esterilizadas



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CINESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

16. Colocar a fralda e vestir o bebê, evitando movimentos bruscos



15-10-2013

Cuidados de Higiene ao Bebê

Procedimento do banho:

17. Cortar as unhas com uma tesoura de pontas redondas pelo menos 1xsemana, de modo a evitar lesões na pele



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CINESIP - ESEL

Cuidados de Higiene ao Bebê

Mudança da fralda



15-10-2013

Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

Conforto e Segurança do Bebê

Cama com grades

- Altura das grades: devem ter no mínimo 60cm
- Distância entre as grades: não deve ser superior a 6cm



15-10-2013

Tânia Pinto - 42 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

- Deve deitar o bebê de costas



15-10-2013

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

- A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebê



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

- Deve verificar se a grade está bem colocada depois de deitar o bebê na cama



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

- O colchão deve ser firme e deve estar bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades da cama



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

- Não deve colocar proteções almofadadas, brinquedos, almofadas, fraldas dentro da cama



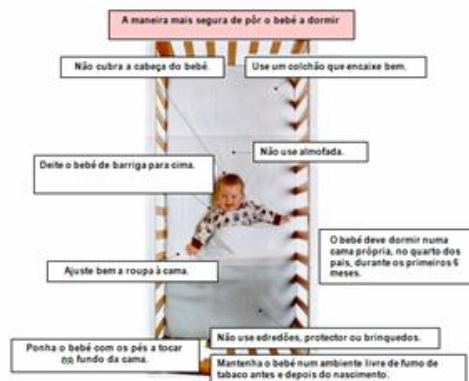
15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

Como Reduzir Os Riscos Da Síndrome De Morte Súbita



15-10-2013

Adaptado de AEPED

Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

Transporte

- O bebê deve ser sempre transportado na cadeira adequada à sua idade e nunca ao colo mesmo em pequenas distâncias



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMRESIP - ESEL

Conforto e Segurança do Bebê

Transporte

- A cadeira deve ser sempre colocada com a frente voltada para a traseira do carro até a criança atingir os 18 meses
- Nunca pode ser colocada num lugar com airbag



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMRESIP - ESEL



Cólicas

- É frequente , transitório (2ª e 3ª semanas de vida até aos 3 aos 6 meses)
- Acontece tanto em bebés amamentados com leite materno como adaptado



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMRESIP - ESEL



Cólicas

- É frequente , transitório (2ª e 3ª semanas de vida até aos 3 aos 6 meses)
- Acontece tanto em bebés amamentados com leite materno como adaptado



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL



Cólicas

- Deve massajar em círculos o abdómen e tentar acalmar o choro, falando-lhe suavemente



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL

Febre

- Avaliar a temperatura do bebé
- Pele fria/pele quente
- Cor da pele
- Recorrer aos serviços de saúde em lactente com menos de 3 meses



15-10-2013



Tânia Pinto - 48 CMESIP - ESEL





OBRIGADA
PELA VOSSA
PRESENÇA!!!

Anexo VIII – Apresentação “A alimentação no primeiro ano de vida”



ALIMENTAÇÃO

UCSP de Algés
Enfermeira Orientadora - Rosário Dias - Especialista em Saúde Infantil
Tânia Pinto - Aluna 4^ª CMESIP–ESEL

Uma boa alimentação é fundamental ao desenvolvimento físico e intelectual da criança

- ◆ Leite materno é o melhor alimento para o seu bebé nos primeiros meses de vida
- ◆ Amamentar contribui não só para a saúde do seu bebé, como para a mãe, apresentando vantagens



VANTAGENS DE AMAMENTAR

- ◆ É o alimento ideal para o seu filho
- ◆ Previne doenças para o bebé
- ◆ Potencia a relação psicoafectiva
- ◆ Ajuda a mãe a perder peso acumulado durante a gravidez
- ◆ As hormonas do leite fazem com que a mãe se sinta mais relaxada
- ◆ Contraí o útero mais rapidamente
- ◆ Além de alimento o bebé sente segurança
- ◆ Contribui para o vínculo mãe-bebé
- ◆ Contém a água suficiente que a criança precisa
- ◆ Está sempre disponível e à temperatura ideal



Diversificação Alimentar

- A partir dos **4 meses**, substituir uma refeição de leite por:
 - Papa sem glúten
 - **Não láctea** deve ser preparada com Leite Materno ou Leite Adaptado 1 (150-180ml)
 - **Láctea** deve ser preparada só com água



2 SEMANAS MAIS TARDE substituir outra refeição de leite por sopa de legumes

Batata+ Cenoura
+
1 Legume Verde (alface, agrião, alho francês, feijão verde, brócolos, couve-flor, nabo, nabiza)

DE 3 a 4 dias introduzir um legume novo



SAL

Sobremesa:
Fruta Cozida, Assada, Crua
Sem açúcar!!



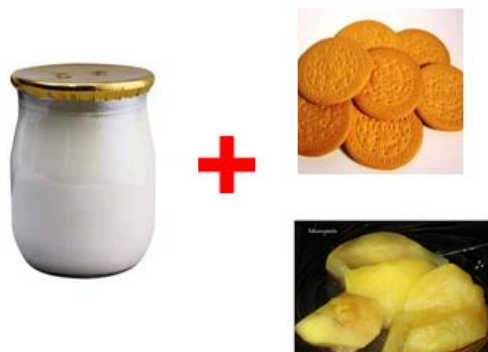
Aos **5 Meses** introduzir a Carne cerca de 20/25gr (colher de sopa) .

Frango
Peru

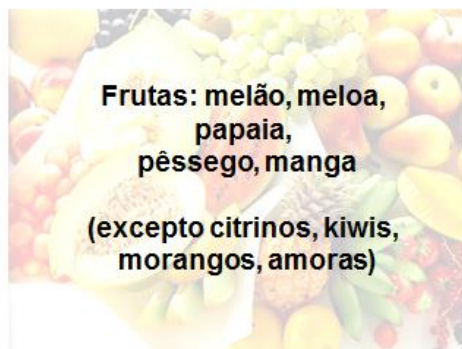
Coelho
Borrego
Vitela



Aos 6 meses início das papas com glúten.



Aos 8 meses passa a comer 2 sopas com alimentos cada vez menos triturados.



Aos 9/10 Meses introduzir o peixe cerca de 30gr.



Pescada, Solha, Linguado, Maruca, Robalo



Gema de ovo cozida (no início $\frac{1}{4}$, depois $\frac{1}{2}$, mais tarde inteira. Máximo 2 a 3 vezes semana.

Oferecer sopa de legumes
e
Segundo prato

Aos 12 Meses...



Continuar o Leite de transição tipo 3, Leite de Crescimento, Leite do Dia (a partir 18 meses)

Introduzir feijão, grão, ervilhas, lentilhas e citrinos

Pode dar o ovo inteiro (2x semana)

Introduzir carne de porco magra

Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços e separados por sabores (sopa + 2º prato + fruta)

A alimentação passa a ser gradualmente igual à da família.



As refeições da criança devem ser feitas à hora das refeições dos pais.

Não promover a brincadeira e distração.

A criança deve manipular a colher, a chávina de forma a sentir-se inserida no momento da refeição familiar.

Muito obrigada pela vossa atenção!!



Anexo IX – Questionários de avaliação das sessões de educação para a saúde

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “CUIDADOS DE HIGIENE, CONFORTO E SEGURANÇA DO BEBÊ”

Solicito e agradeço a sua colaboração no preenchimento deste questionário com o intuito de avaliar a adequação e importância da sessão apresentada. Este questionário é anônimo, não lhe sendo solicitado a sua identificação em nenhuma parte dos questionário e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para o propósito deste trabalho.

Assinale com uma cruz em cada um dos itens que se pretende avaliar:

Aspetos/Avaliação	Muito Bom	Bom	Médio	Mau	Muito Mau
1. Interesse do tema					
2. Correspondência do conteúdo da sessão às suas expectativas					
3. Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
4. Adequação da duração da sessão					
5. Apreciação Global					

Sugestões:

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “A ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA”

Solicito e agradeço a sua colaboração no preenchimento deste questionário com o intuito de avaliar a adequação e importância da sessão apresentada. Este questionário é anônimo, não lhe sendo solicitado a sua identificação em nenhuma parte dos questionário e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para o propósito deste trabalho.

Assinale com uma cruz em cada um dos itens que se pretende avaliar:

Aspetos/Avaliação	Muito Bom	Bom	Médio	Mau	Muito Mau
1. Interesse do tema					
2. Correspondência do conteúdo da sessão às suas expectativas					
3. Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
4. Adequação da duração da sessão					
5. Apreciação Global					

Sugestões:
